
This is the **published version** of the bachelor thesis:

Rodríguez Ramírez, Genís; Navarro Villanueva, Carmen, dir. Suicidios en las prisiones catalanas. 2021. 184 pag. (805 Grau en Criminologia)

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/248418>

under the terms of the  license



Universitat Autònoma
de Barcelona

The background of the cover is a black and white image of crumpled paper. The word 'SUICIDE' is printed repeatedly in a bold, sans-serif font across the entire surface, creating a dense, chaotic pattern. The paper is folded and crumpled, giving it a textured appearance.

Suicidios en las Prisiones Catalanas

Genís Rodríguez Ramírez
Criminología
2020-2021

Trabajo Final de Grado
Tutorizado por María Carmen Navarro Villanueva
Palabras: 9000
18/05/2021

Resumen

Si los suicidios son un tema oculto en nuestras sociedades, el cometido por un miembro de un colectivo aún más ignorado, como es el de las personas privadas de libertad en centros penitenciarios, lo es aún más. El objetivo de este trabajo reside en: analizar, a partir de la doctrina y de la opinión de diversos expertos, el protocolo marco de las prisiones catalanas y el utilizado en el centro penitenciario Brians 1 en materia de suicidios.

Los resultados muestran como aún quedan diversos factores, como la inmigración o los trastornos alimentarios, a ser tenidos en cuenta a la hora de elaborar un plan de prevención. Al mismo tiempo, reivindicamos la importancia de visibilizar esta problemática al objeto de conocer todo el trabajo que queda por hacer y descubrir.

Palabras clave: Suicidios, Prisión, Factores, Prevención, Protocolo, Cataluña.

Abstract

If suicides are a hidden issue in our societies, the one committed by a member of an even more ignored group, such as people deprived of liberty in prisons, is even more so. The aim of this work is to: analyse, based on the doctrine and the opinion of various experts, the framework protocol of Catalan prisons and that used in the Brians 1 penitentiary in the matter of suicides.

The results show that there are still various factors, such as immigration or eating disorders, to be considered when drawing up a prevention plan. At the same time, we claim the importance of making this problem visible to know all the work that remains to be done and discovered.

Key Words: Suicides, Prison, Factors, Prevention, Protocol, Catalonia.

Agradecimientos

Sin lugar a dudas este trabajo debe comenzar con unos agradecimientos, ya que sería egoísta por mi parte no representar la cantidad de personas que lo han hecho posible y que sin duda cada hoja contiene un pedacito de ellos.

Quisiera iniciar agradeciéndole a Carmen Navarro su ayuda y acompañamiento a lo largo de todo el estudio. Por mostrarme que las cosas bien hechas se cocinan a fuego lento y disfrutando con los sentidos de cada uno de los ingredientes que componen el plato final, por indicarme el camino a seguir y por darme las fuerzas necesarias en esos momentos en los que te flaquean las fuerzas.

Mencionar especialmente a Arantxa Hernaéz por toda la información y contactos que me ha ido proporcionando a lo largo del trabajo de forma totalmente altruista y por demostrarme que si algo te gusta es motivo suficiente para darlo todo hasta el final.

Gracias a César García por ayudarme con la obtención de los protocolos y por desde su despacho acercarme a la realidad, no solo penitenciaria sino societaria. Hay conversaciones que difícilmente se olvidan.

Agradecer a Jenny Cubells, Sheila Fernández y Marc Ferrer por dedicar un tiempo de sus vidas en ayudarme a, mediante su experiencia, moldear la información recogida en la bibliografía y constatar la veracidad o no de la misma y posibles complementos.

De igual forma, dar las gracias a Omayma Moussaoui y Hajar El Majjaoui por ayudarme a realizar la traducción al árabe de la infografía para los internos. También a Marta Altimira, Paula Hernández, Laia Pardo y Nuria Navarro por ser un gran apoyo durante estos meses.

Finalmente, agradecer a Carles Fontiana, alcalde de Llers; Lydia Giménez y Paco Collazos, profesores de la Universidad Autónoma de Barcelona; Patricia García, psicóloga del Centro Penitenciario Brians 1 de preventivos; Berta Framis del CEJFE; Mireia Salazar, abogada de Irídia; Vicent Almela, del periódico *Directa*; ACAIP y a UGT Presons por proporcionarme los contactos o información importante que me han permitido llevar a buen puerto este trabajo.

Índice

| | |
|--|-----------|
| 1. Introducción..... | 5 |
| 1.1. Presentación del Tema y Objetivo General | 5 |
| 1.2. Presentación de la Estructura del Trabajo..... | 5 |
| 2. Marco Teórico y Estado de la Cuestión..... | 6 |
| 2.1. Situación actual en la población general comparada con el medio penitenciario. | 6 |
| 2.1.1 Datos a Nivel Mundial de los Suicidios en la Población vs Población Penitenciaria. | 6 |
| 2.1.2 Datos a Nivel Europeo de los Suicidios en la Población vs Población Penitenciaria | 7 |
| 2.1.3 Datos a Nivel Español de los Suicidios en la Población vs Población Penitenciaria | 8 |
| 2.1.4 Datos a Nivel Catalán de los Suicidios en la Población vs Población Penitenciaria | 9 |
| 2.2. Factores de riesgo y protección de las conductas autolíticas de la población penitenciaria. | 11 |
| 2.2.1. Factores Sociales Relacionados con el Suicidio..... | 11 |
| 2.2.2. Factores Biológicos, Psicológicos y Psicopatológicos Relacionados con el Suicidio | 13 |
| 2.2.3 Factores Ambientales de la Prisión Relacionados con el Suicidio | 17 |
| 2.2.4 Factores Asociados con el Consumo de Tóxicos Relacionados con el Suicidio .. | 19 |
| 3. Metodología..... | 19 |
| 3.1. Objetivos específicos | 20 |
| 3.2. Herramientas Utilizadas para la Metodología. | 20 |
| 3.3. Análisis del Protocolo Actual en el Sistema Penitenciario | 22 |
| 3.3.1 Análisis de los Factores de Riesgo en el Protocolo Actual del Sistema Penitenciario | 22 |
| 3.3.2 Análisis de los Factores de Protección en el Protocolo Actual del Sistema Penitenciario | 23 |
| 3.4. Análisis de los Resultados..... | 24 |
| 4. Discusión de los Resultados | 25 |

| | |
|--|------------|
| 5. Conclusiones | 31 |
| 5.1. Implicaciones teóricas y prácticas | 31 |
| 5.2. Limitaciones del trabajo realizado | 31 |
| 5.3. Posibles líneas futuras de investigación | 32 |
| Bibliografía | 35 |
| Anexos..... | 40 |
| Anexo 1. Infografía OMS Sobre los Suicidios en la Población General a Nivel Mundial..... | 40 |
| Anexo2. Suicide rates Total, Per 100 000 persons, 2015 | 41 |
| Anexo 3. Programa Marco Prevención de Suicidios | 42 |
| Anexo 4. Protocolo de Prevención de Suicidios. Centro Penitenciario Brians 1. | 102 |
| Anexo 5. Escalas de Evaluación de la Conducta y Riesgo Suicidas. | 149 |
| Anexo 6. Infografía en Castellano sobre las Señales de Alerta en Medio Penitenciario..... | 176 |
| Anexo 7. Infografía en Inglés sobre las Señales de Alerta en Medio Penitenciario. | 177 |
| Anexo 8. Infografía en Árabe sobre las Señales de Alerta en Medio Penitenciario. | 178 |
| Anexo 9. Infografía para Profesionales sobre los Factores de Protección del Programa Marco..... | 179 |
| Anexo 10. Infografía para Profesionales sobre los Factores de Riesgo del Programa Marco..... | 180 |
| Anexo 11. Bibliografía consultada, pero no citada. | 182 |

1. Introducción

1.1. Presentación del Tema y Objetivo General

Con este trabajo pretendemos analizar la casuística de los suicidios en prisión. Recopilaremos información, tanto cuantitativa como cualitativa, para ver la evolución que ha tenido en las prisiones catalanas durante los últimos años y analizaremos las variables que lo causan. Con la información recopilada, junto a la opinión de diversos expertos, analizaremos el protocolo actual usado en las prisiones catalanas. Este análisis se hará bajo una visión crítica criminológica, buscando sus puntos fuertes y débiles para hacer una propuesta de mejora en aquellas áreas que se consideren necesarias.

1.2. Presentación de la Estructura del Trabajo

La primera parte del trabajo se centrará en los aspectos necesarios para comprender la problemática existente. Para ello, el marco teórico, se iniciará con la explicación de las distintas estadísticas e informaciones disponibles, tanto por lo que respecta a la población general (en adelante P.G.) como para la población penitenciaria (en adelante P.P.) Estas estadísticas se analizarán desde un nivel macro, es decir a nivel mundial, hasta descender a un nivel micro, es decir, al ámbito catalán. Posteriormente, se analizarán las diferentes variables que pueden influir en la aparición de conductas suicidas en prisión, que se agruparan en 4 grupos para facilitar su estudio¹. En el primero se analizarán todas las variables de carácter social, como la pérdida de un familiar, la ruptura de una relación sentimental, etc. El segundo grupo comprenderá las variables biológicas, psicológicas y psicopatológicas, como la herencia genética y los diferentes trastornos. En el tercer grupo, encontraremos los factores ambientales de la prisión que influyen en los internos. Finalmente, en el cuarto grupo recogeremos todos aquellos factores relacionados con el consumo de tóxicos.

En la segunda parte analizaremos con detenimiento el protocolo actual que se utiliza en las prisiones catalanas para prevenir los suicidios. Buscaremos cómo desde la criminología y con los conocimientos que hemos adquirido, a partir de la literatura y de los diferentes expertos en la materia, podemos encontrar nuevas vías de actuación y

¹ Durante el trabajo también nos referiremos al concepto de conductas suicidas como: “conductas autolíticas”.

mejoras para reducir el número de suicidios en prisión, pese a que parece haberse estabilizado los últimos años.

2. Marco Teórico y Estado de la Cuestión.

2.1. Situación actual en la población general comparada con el medio penitenciario.²

Los suicidios son la primera causa de muerte no natural en muchos países y para comenzar estudiando esta realidad, vamos a analizar diferentes estadísticas a distinta escala^{3,4}.

2.1.1 Datos a Nivel Mundial de los Suicidios en la Población vs Población Penitenciaria.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 se suicidaron alrededor de 1.000.000 de personas, lo que representa casi la mitad de las muertes violentas a nivel mundial. Siendo más frecuente en las zonas de Europa y Asia (Bedoya, A. et al. 2009, p.37-38). Pese a que el 2000 suene lejano, esta tendencia se ha mantenido durante las dos últimas décadas. En informes más recientes, la OMS (2019) ha publicado una infografía⁵ donde podemos apreciar que la cifra de muertes anual sigue siendo cercana al millón y representa la segunda causa de muerte entre las personas de 15-29 años, únicamente siendo superada por los accidentes de tráfico. Los elementos más utilizados para dicho cometido son los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego. Finalmente, destacar de esta infografía, que el 75% de los suicidios ocurren en países de ingresos medianos o bajos.

Sin embargo, esto no es exclusivo de la P.G., sino que también ocurre en los centros penitenciarios. Según Bedoya, A. et al. (2009, p.38) el encarcelamiento multiplica la tasa de suicidio en todos los países, constituyendo una causa común de muerte en prisión. En 2004, la tasa de suicidio en prisión para el conjunto de países fue de 88/100.000 y ha

² Los datos del presente apartado han sido actualizados durante la elaboración del estudio, estando ya disponibles los datos de 2020, pero hemos optado dejarlos fuera ya que están influenciados por un hecho puntual como es la pandemia vivida y consideramos que podría ser un hecho distorsionador.

³ Pérez, V. (2020, septiembre 10). El suicidio, principal causa de muerte evitable en todo el mundo. *CuidatePlus*. <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2020/09/10/suicidio-principal-causa-muerte-evitable-mundo-174759.html>

⁴ Infocop. (2019, enero 25). *El suicidio se mantiene como la primera causa externa de muerte en España, según el INE*. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7863#

⁵ Consultar primer anexo.

incrementado durante las últimas décadas en la mayoría de los países (Bedoya, A. et al. 2009, p.38; Constanza, S. et al. 2016, p.4).

Al igual que sucede en la P.G., la renta per cápita influye en la P.P. En los países con ingresos bajos y medios las condiciones del encarcelamiento son más duras, puesto que los servicios penitenciarios carecen de infraestructura básica, los funcionarios a menudo no controlan la organización, el hacinamiento es común, los procedimientos judiciales son lentos y dan lugar a altas tasas de presos preventivos; el acceso a servicios de salud no está disponible en su mayoría, faltan actividades con fines reinserctores y se han denunciado violaciones de derechos humanos (Fritz, F.D. et al. 2020, p.2).

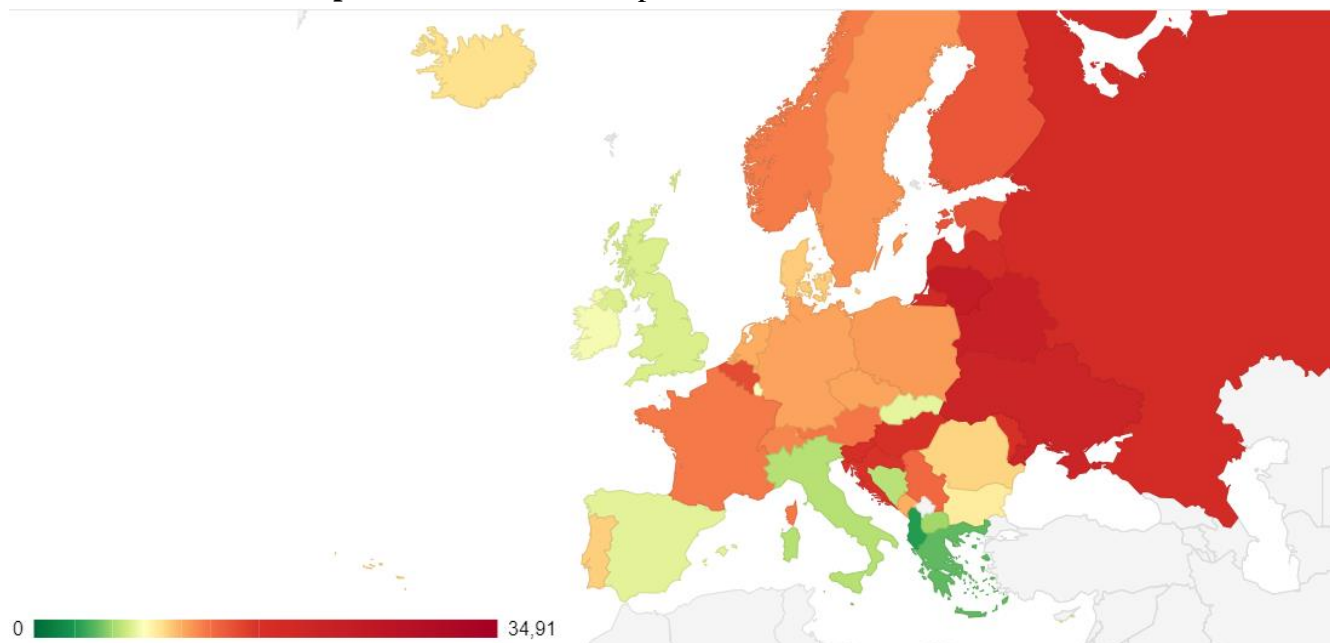
Finalmente, como sucede con la P.G., las tasas más altas de suicidio las encontramos en la Unión Europea, mientras que, en América, Australia y Sudáfrica, la prevalencia es menor y similar entre ellos (Fritz, F.D. et al. 2020, p.6; Medina, O., Viviana D., Catherine, S. 2011, p.5; Fazel, S. Ramesh, T., & Hawton, K. 2017, p.948).

2.1.2 Datos a Nivel Europeo de los Suicidios en la Población vs Población Penitenciaria

Si analizamos los datos de suicidios en la P.G. europea, podemos ver diferentes tendencias según la zona geográfica. Los países situados al noreste tienen una tasa mucho mayor que aquellos situados en el sur⁶. La principal explicación que se le ha venido dando ha sido la influencia climática, ya que en Europa no parece relacionarse con aspectos económicos (Bedoya, A. et al. 2009, p.40). No obstante, Fernández de Castro, D. (2013, 14 de Febrero) apunta a que esta diferencia se puede deber a una mejor forma de recoger los datos y no tanto a que en esos países haya una tasa mayor.

⁶ Consultar el segundo anexo.

Mapa 1: Tasa de suicidios por 100.000 habitantes en 2019.



Fuente: Expansión / Datosmacro.com (2020) Suicidios⁷.

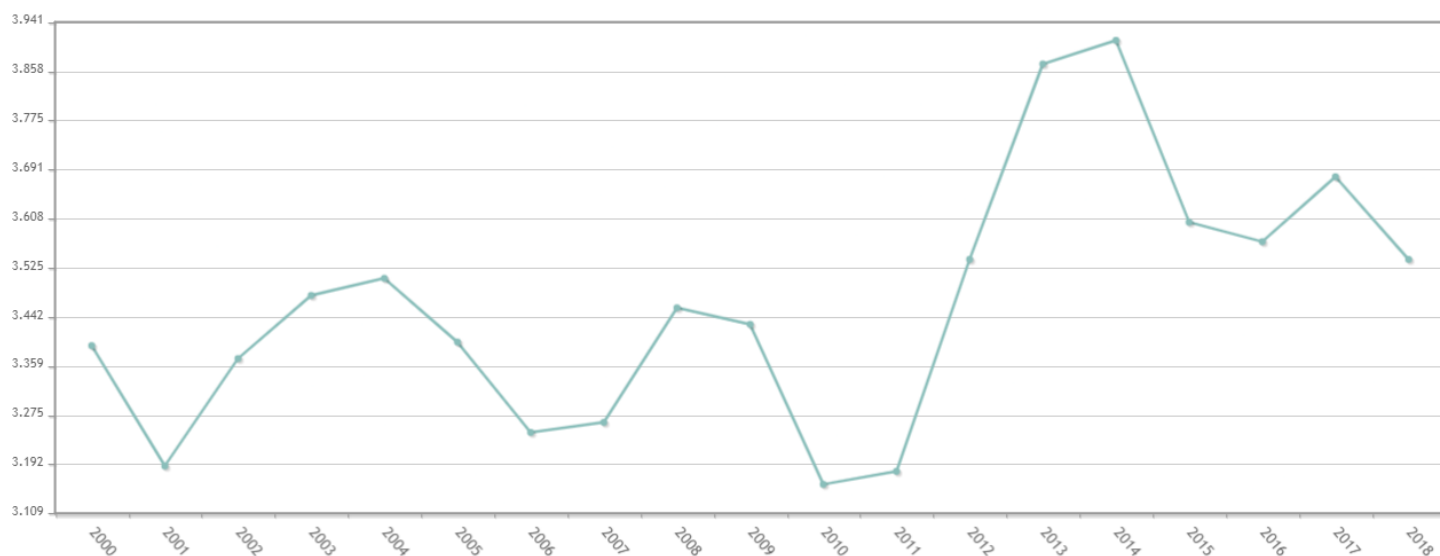
Por lo que respecta a los datos de prisión, debemos tener presente a la hora de compararlos que hay una diferencia en cómo se contabilizan. Por ejemplo, en países como Croacia o Irlanda no se cuentan los presos que se suicidan en los hospitales comunitarios; también en países como Dinamarca, Noruega o Alemania encontramos que no se cuantifican los suicidios de aquellas personas que se encuentran de permiso (Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. 2017, p.948). Todo ello hace aún más difícil la comparación de los datos, ya que son escasos y no se recolectan de la misma forma.

2.1.3 Datos a Nivel Español de los Suicidios en la Población vs Población Penitenciaria

Si analizamos los datos generales de España vemos que hubo una subida importante del número de suicidios durante 2011 hasta 2013, pero parece que la tendencia comienza a revertir-se durante los últimos años.

⁷ Se puede consultar en <https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad/causas-muerte/suicidio?anio=2013>.

Gráfico 1: Número de Suicidios en España en la población General desde el 2000 hasta el 2018



Fuente: INE (2020)

Por lo que respecta a los datos de prisión, vemos que el porcentaje de ideación suicida y de tentativa superan en 7,5 y 15 veces la prevalencia de la población general. Estos datos aportados por Saavedraa y Marcelino López son datos similares a los aportados por el European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (Saavedraa,J., & López, M. 2015, p.6).

En concreto, gracias a los datos aportados por Acaip (2018), sabemos que desde el 2000 hasta el 2017 se han producido 460 suicidios en prisión -sin contar los datos de Catalunya- siendo las comunidades autónomas de Andalucía (19,78%) y la Comunidad Valenciana (18,04%) los lugares donde más se han producido.

2.1.4 Datos a Nivel Catalán de los Suicidios en la Población vs Población Penitenciaria

Si nos centramos en el ámbito catalán, vemos que durante los últimos años en la P.G. se ha producido un incremento del número de suicidios. Aún y faltándonos 7 meses, vemos que en 2019 y 2020 ya se ha alcanzado casi la mitad de los suicidios que en años anteriores, lo que nos hace creer que se repetirán los datos anteriores.

Tabla 1. Suicidios en la Población General de Catalunya desde el 2005 hasta el 2020.

| Suicidios en la población general de Catalunya 2005 -2020 | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|---------|-------|---------|---------|-------|---------|---------|-------|-----------|---------|-------|-------|
| | Barcelona | | | Girona | | | Lleida | | | Tarragona | | | Total |
| | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | |
| <i>Enero - Mayo 2020</i> | 113 | 40 | 153 | 14 | 8 | 22 | 6 | 3 | 9 | 25 | 8 | 33 | 217 |
| <i>Enero- Mayo 2019</i> | 102 | 55 | 157 | 24 | 11 | 35 | 18 | 7 | 25 | 23 | 8 | 31 | 248 |
| 2018 | 266 | 99 | 365 | 41 | 17 | 58 | 34 | 8 | 42 | 40 | 17 | 57 | 522 |
| 2017 | 256 | 101 | 357 | 47 | 14 | 61 | 21 | 6 | 27 | 50 | 9 | 59 | 504 |
| 2016 | 251 | 113 | 364 | 30 | 14 | 44 | 30 | 9 | 39 | 44 | 19 | 63 | 510 |
| 2015 | 241 | 92 | 333 | 50 | 16 | 66 | 20 | 8 | 28 | 51 | 17 | 68 | 495 |
| 2014 | 274 | 94 | 368 | 54 | 20 | 74 | 27 | 4 | 31 | 38 | 20 | 58 | 531 |
| 2013 | 289 | 86 | 375 | 46 | 15 | 61 | 33 | 12 | 45 | 51 | 12 | 63 | 544 |
| 2012 | 275 | 92 | 367 | 45 | 13 | 58 | 33 | 11 | 44 | 44 | 13 | 57 | 526 |
| 2011 | 230 | 94 | 324 | 50 | 12 | 62 | 32 | 10 | 42 | 43 | 7 | 50 | 478 |
| 2010 | 217 | 61 | 278 | 46 | 12 | 58 | 24 | 7 | 31 | 38 | 13 | 51 | 418 |
| 2009 | 220 | 74 | 294 | 49 | 16 | 65 | 21 | 9 | 30 | 39 | 12 | 51 | 440 |
| 2008 | 210 | 70 | 280 | 36 | 15 | 51 | 19 | 5 | 24 | 58 | 11 | 69 | 424 |
| 2007 | 187 | 62 | 249 | 34 | 12 | 46 | 19 | 12 | 31 | 38 | 13 | 51 | 377 |
| 2006 | 196 | 62 | 258 | 31 | 7 | 38 | 25 | 6 | 31 | 39 | 15 | 54 | 381 |
| 2005 | 210 | 66 | 276 | 38 | 19 | 57 | 37 | 5 | 42 | 37 | 13 | 50 | 425 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT)

Por lo que respecta a las prisiones, tenemos diferentes datos de distintos años. Gracias a Bedoya, A. et al. (2009, p.40) sabemos que en 2003 la incidencia del suicidio era de 98/100.000 y en 2004 de 101,5/100.000, frente al 6,9% detectado en la P.G., con lo que podemos ver que en prisión hay una mayor incidencia. Siguiendo su investigación, nos indica que desde 1990 a 2005 hubo 65 suicidios en prisión, lo que representó un 4,7% de las muertes totales. Por otro lado, si analizamos los datos ofrecidos por el Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya (2020) desde 2008 hasta el tercer trimestre del 2020, vemos que se han producido 610 muertes en prisión. De ellas, 86 han sido por suicidio, lo que comporta un 14% de las muertes totales. Pese a que no se pueda hacer una comparación directa, podemos observar cómo en el estudio de Bedoya, A. et al. (2009, p.37-41) habiendo más años estudiados el porcentaje fue notablemente menor al que vemos en la actualidad.

2.2. Factores de riesgo y protección de las conductas autolíticas de la población penitenciaria.

En el presente epígrafe vamos a tratar los diferentes factores de riesgo y protección, agrupándolos en diferentes tablas que incorporan, a su vez, las fuentes estudiadas. Siguiendo nuestro criterio, lo hemos dividido en cuatro categorías: factores sociales, factores relacionados con la biología, psicología y psicopatología, factores relacionados con aspectos penitenciarios⁸ y factores relacionados con el consumo de sustancias.

Debemos destacar que la ausencia de cada uno de los factores de riesgo ya supone en sí mismo un factor de protección.

2.2.1. Factores Sociales Relacionados con el Suicidio

2.2.1.1. Factores de Riesgo Sociales Relacionados con el Suicidio

| | Idea | Cita |
|-----------------------------|---|--|
| Factores de Riesgo Sociales | No tener pareja es un factor de riesgo, pese a que recientes investigaciones también apuntan a que estar casado puede serlo, aunque en menor medida. | (Saavedra, J., & López, M. 2015, p.5; Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. 2008 citado por Saavedra, J., & López, M. 2015, p.2; Constanza, S. et al. 2016, p.4; Eck, M. et al. 2019, p.4) |
| | Ciertas investigaciones señalan a la edad ⁹ como un factor de riesgo, apuntando a que los jóvenes tienen un mayor riesgo. Esto se puede deber a la influencia que tiene en ellos la separación de su familia y de su grupo de iguales. De hecho, la investigación de Bedoya, A. et al. (2009,p.40) muestra que la incidencia más alta (un 53% de los casos) se sitúa en el intervalo de 31 a 40 años. Pese a ello, hay investigaciones como la de Saavedra, J. & López, M. (2015, p.6) o la de Constanza, S. et al. (2016, p.10) que determinan que en sus investigaciones la edad no obtiene resultados significativos al momento de ser analizadas. | (Constanza, S. et al. 2016, p.4; Sherman LG, Morschauser PM. 1989 citado por Saavedra, J., & López, M. 2015, p.13; OMS 2000 citado por Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.29) |

⁸ Le vamos a dar el nombre de: “factores ambientales”.

⁹Pese a que la variable edad puede considerarse como algo biológico, hemos optado por considerarla como un aspecto social. Esto se debe a que nos hemos centrado en la parte más social de ella, como la influencia que tiene la pérdida de los grupos sociales en edades de desarrollo social.

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Factores de Riesgo Sociales | El nivel educativo bajo también se ha mostrado como un factor de riesgo ante las conductas suicidas. No obstante, el estudio de Antón-San-Martín, J.M. et al. (2013) descarta la incidencia de esta variable. | (Constanza, S. et al. 2016, p.4; Eck, M. et al. 2019, p.3-4; Antón-San-Martín, J.M. et al. 2013, p.3) |
| | La existencia de antecedentes penales familiares o encarcelamientos previos del sujeto duplican el riesgo de suicidio. | (Saavedra, J., & López, M. 2015, p.5-6; Marcus PD, Alcibes PD. 1989 citado por Saavedra, J., & López, M. 2015, p.6) |
| | La pérdida de un ser querido tanto por causa natural, como por resultado de una conducta autolítica o por enfermedad también actúa como un factor de riesgo. En el propio medio carcelario, debemos tener en cuenta las muertes que se produzcan por suicidio ya que podría provocar un efecto en cadena. | (Danto, 1973; Haycock, 1989 citados por Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.34,35; Téllez-Vargas, J. 2006, pg. 4) |
| | El hecho de haber sido/ ser víctima de maltrato o de abuso sexual , tanto en la infancia como en la edad adulta es sinónimo de un factor de riesgo. | (Navarro, J. C. et al. 2016, p. 33; Sherman y Morschauser 1989 citado por Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.32; Lexcen y Redding, 2000 & Esposito y Clum, 2002 citados por Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.35; Téllez-Vargas, J. 2006, pg. 4) |

2.2.1.2 Factores de Protección Sociales Relacionados con el Suicidio.

| | Idea | Cita |
|--|--|---|
| Factores de Protección Sociales | Ser inmigrante supone un factor de protección frente al suicidio, sin embargo, debemos tener en cuenta que para ciertos estudios se excluyen a aquellos inmigrantes que no tienen un dominio de la lengua. La bibliografía muestra como aquellos con mayor riesgo son aquellos de origen caucásico. | (Saavedra, J., & López, M. 2015, p.5-6; Eck, M. et al. 2019; Eck, M. et al. 2019, p.3; Navarro, J. C. et al. 2016, p. 28; Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.29) |
| | Tener hijos se ha demostrado como un factor de protección, especialmente en mujeres. | (Nock 2008 citado por Baca, E. & Aroca, F. 2014, p. 2; WHO. 2014 citado por Echeburúa, E. 2015, p. 7; Castro-Rueda, V.A. Rangel, A.M. Camacho, P.A. & Rueda-Jaimes, G. E. 2010) |
| | Tener apoyo familiar y social. | (Nock 2008 citado por Baca, E. & Aroca, F. 2014, p. 2; WHO. 2014 citado por Echeburúa, E. 2015, p. 7) |

| | | |
|--|---|---|
| Factores de Protección Sociales | Que la persona cuente con valores culturales y tradicionales como las creencias y prácticas religiosas se ha demostrado como un factor de protección, ya que llena al individuo de un pensamiento positivo. | (Nock 2008 citado por Baca, E. & Aroca, F. 2014, p. 2; WHO. 2014 citado por Echeburúa, E. 2015, p. 7; Antón-San-Martín, J.M. et al. (2013). p.4&6) |
| | Disponer de habilidades para resolver conflictos o problemas y tener estrategias de afrontamiento. | (Caballero, C.C. Suárez, Y.P. Bruges, H.D. 2015, p.11; Chan & Nock 2009. citado por Caballero, C.C. Suárez, Y.P. Bruges, H.D. 2015, p.12; Dour, Cha & Nock 2011. citado por Caballero, C.C. Suárez, Y.P. Bruges, H.D. 2015, p.12) |

2.2.2. Factores Biológicos, Psicológicos y Psicopatológicos Relacionados con el Suicidio

2.2.2.1. Factores de Riesgo Biológicos, Psicológicos y Psicopatológicos Relacionados con el Suicidio

| | Idea | Cita |
|---|--|--|
| Factores de Riesgo Biológicos, Psicológicos y Psicopatológicos | Ser hombre ¹⁰ es un factor de riesgo. Sin embargo, debemos tener en cuenta que la diferencia entre las tasas de suicidio de la población general comparada con la penitenciaria es mayor en las mujeres. Esto quiere decir que las mujeres tienen mayor tendencia a suicidarse al ingresar en prisión. Con lo cual, encontramos que las mujeres presentan un mayor riesgo de intento de suicidio, mientras que los hombres presentan un mayor riesgo de suicidio consumado. | (Saavedra, J., & López, M. 2015, p.2; Eck, M. et al. 2019; Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. 2017, p.951; Fritz, F.D. et al. 2020, p.5; Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.29; Nicholls, Lee, Corrado y Ogloff, 2004 citado por Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.29) |
| | En prisión nos encontramos con que la preponderancia de trastornos mentales es superior en los centros penitenciarios a la de la población general. Encontramos cuatro veces más casos de trastornos psicóticos, seis veces más de depresiones graves y diez veces más de trastornos de personalidad antisocial. | (Calles- Rubiales, N. & Ibáñez del Prado, C. 2020, p.2; Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, PérezArnau F, Arroyo JM, et al. citados por Calles- Rubiales, N. & Ibáñez del Prado, C. 2020, p.5) |

¹⁰ La variable del género puede ser entendida como algo social, debido a la socialización cultural que recibe cada individuo según su género. Sin embargo, este matiz no parece haber sido tenido en cuenta por los diferentes estudios analizados, por lo que nosotros optamos por quedarnos con la parte puramente biológica.

| | | |
|--|--|--|
| Factores de Riesgo Biológicos, Psicológicos y Psicopatológicos | Tener un trastorno mental en prisión supone un factor de riesgo. | (Fazel S. et al. 2016; Hawton K. et al 2014; Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. 2008 citados por Fritz, F.D. et al. 2020, p.2) |
| | Los trastornos mentales más comunes son los afectivos, que incluirían el trastorno depresivo y los trastornos bipolares, también lo son los de la personalidad -destacando los rasgos antisociales, agresivos o una personalidad desinhibida- o los de dependencia de sustancias. En este caso, lo importante no es tanto tener un simple diagnóstico, sino que la persona se vea afectada por el trastorno teniendo los diferentes síntomas. | (Saavedra, J., & López, M. 2015, p.5-6; Way BB et al. 2005 citado por Saavedra, J., & López, M. 2015, p.6; Navarro, J. C. et al. 2016, p.7; Moore K. et al. Citado por Calles- Rubiales, N. & Ibáñez del Prado, C. 2020, p.7; Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.36) |
| | Otro factor de riesgo que encontramos es la existencia de antecedentes psiquiátricos familiares o personales. | (Saavedra, J., & López, M. 2015, p.5; Eck, M. et al. 2019, p.6) |
| | Uno de los factores más importantes, y que apenas se suele tener en cuenta, es el de padecer una enfermedad crónica orgánica. | (Saavedra, J., & López, M. 2015, p.8; Echeburúa, E. 2015) |
| | La esquizofrenia, los trastornos de ansiedad y los trastornos médicos crónicos influyen en el comportamiento autoagresivo. | (Constanza, S. et al. 2016, p.4; Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.36; Baca, E. & Aroca, F. 2014, p.7) |
| | Quizás el factor que mayor se debe tener en cuenta y el que, como veremos en su mayoría de veces, es el detonante para realizar intervenciones en nuestro país, es la existencia de intentos previos de suicidio. | (Eck, M. et al. 2019, p.5, Roca, X. Guàrdia, J. & Jarne, A. 2012, p.9; Constanza, S. et al. 2016, p.10; Eck, M. et al. 2019, p.4; Sherman y Morschauser, 1989 & Fruehwald, Frottier, Matsching y Eher 2003 citados por Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.34.) |

| | | |
|--|---|--|
| Factores de Riesgo Biológicos, Psicológicos y Psicopatológicos | <p>La depresión actúa como un factor de riesgo, aumentando hasta en 20 veces la probabilidad con una correlación del 95,41%.</p> <p>En el caso de la investigación hecha por Navarro, J. C. et al. (2016, p.31) vemos como en la muestra de mujeres con depresión solo un 5,5% hizo algún tipo de conducta autolítica, mientras que aquellas que además tenían un TLP lo hicieron un 36,4%, con lo cual vemos que en comorbilidad con otros factores incrementa el riesgo de conducta autolítica.</p> <p>Sin embargo, debemos tener en cuenta el aporte que hacen Negredo L. Melis F. Herrero O. (2011, p.34) el cual dice que la asociación entre depresión y suicidio desaparece si no interviene la variable de la desesperación.</p> | <p>(Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) 2006 citado por Medina, O., Viviana D., Catherine, S. 2011, p.9; Haw, Houston, Townsend, y Hawton, 2002 citado por Roca, X. Guàrdia, J. & Jarne, A. 2012, p.6; Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.35; Téllez-Vargas, J. 2006, pg. 20)</p> |
| | <p>Aunque no hay mucha evidencia al respecto, ya que las investigaciones suelen centrarse más en otras variables, vemos que en la investigación de Navarro, J.C. et al (2016) hecha a mujeres se encuentra una correlación entre las conductas autolíticas y los Trastornos Alimentarios. Las internas con Bulimia y Anorexia representan el 35,3% y 31,3% respectivamente, de las conductas autolíticas de esta investigación. Al igual que ha venido sucediendo con las variables anteriores, al unirlo con el TLP se incrementa de forma notable, hasta el 64,7% para la bulimia y el 68,8% para la Anorexia.</p> <p>No obstante, no debemos descartar que esto suceda también en hombres, como bien apuntan Roca, X. Guàrdia, J. & Jarne, A. (2012) las conductas autolíticas se pueden dar como una respuesta a los sentimientos de culpa relacionados con episodios de estos trastornos.</p> | <p>(Navarro, J. C. et al. 2016, p. 49; Roca, X. Guàrdia, J. & Jarne, A. 2012, p.7)</p> |

| | | |
|---|--|--|
| Factores de Riesgo Biológicos, Psicológicos y Psicopatológicos | Otro factor que debemos tener en cuenta, son aquellos internos que tienen Trastornos de Déficit de Atención o de Hiperactividad . Esta investigación, hecha a mujeres, muestra que un 31,8% de las internas que han cometido estos actos sufrían este trastorno. Además, en comorbilidad junto al TLP, dicha incidencia se eleva hasta un 68,2%. | (Navarro, J. C. et al. 2016, p. 49) |
| | <p>La impulsividad y la agresividad junto con la falta de control son variables que se han considerado como factores de riesgo para las conductas autolíticas.</p> <p>Debemos de tener en cuenta que la aparición de estas variables puede comportar la aparición de conductas que acarreen sanciones penitenciarias. Ello, puede comportar regresiones de grado o ingresos en módulos cerrados, que como veremos es también un factor de riesgo.</p> | (Téllez-Vargas, J.2006; Muñagorri, R., & Peñalver, M. 2008; Navarro, J. C. et al. 2016, p. 33; Calles- Rubiales, N. & Ibáñez del Prado, C. 2020. pg. 8; Eck, M. et al. 2019, p.4; Salvo, L. & Castro, A. 2013) |

2.2.2.2. Factores de Protección Biológicos, Psicológicos y Psicopatológicos Relacionados con el Suicidio.

| | Idea | Cita |
|---|--|--|
| Factores de Protección Biológicos, Psicológicos y Psicopatológicos | Realizar un tratamiento adecuado según cada una de las enfermedades o patologías . | (Echeburúa, E. 2015) |
| | Tener Autoestima , una Buena Autoimagen y Autoconfianza . | (Ceballos-Ospino, G. A., et al. 2015, p. 20; Pérez, N. & Salamanca, Y. 2017, p.16-17; Thompson 2010, Duarte, Lorenzo y Rosselló 2012 citados por Pérez, N. & Salamanca, Y. 2017, p.16-17; Toro, D.C., Paniagua, R.E., González, C.M., & Montoya, B. 2009, p.3; Gómez, A.S., Núñez, C., Agudelo, M.P., & Caballo, V.E. 2020, p12; Carmona et al. 2017; Chatard et al. 2009; Rosselló & Berríos. 2004. citado por Gómez, A.S., Núñez, C., Agudelo, M.P., & Caballo, V.E. 2020, p12.) |

2.2.3 Factores Ambientales de la Prisión Relacionados con el Suicidio

2.2.3.1 Factores de Riesgo Ambientales de la Prisión Relacionados con el Suicidio.

| | Idea | Cita |
|--------------------------------|---|---|
| Factores de Riesgo Ambientales | Según algunas investigaciones, el hecho de que haya mayor número de presos, es decir, una sobrepoblación penitenciaria ; es un indicador de riesgo de suicidio. Sin embargo, otras investigaciones apuntan a que es un bajo número de internos el que actúa como indicador de riesgo, ya que conforme más presos haya más pueden actuar como agentes protectores. Sin embargo, hay una tendencia clara, en la mayoría de los países, a mayor número de presos tiene un país, mayor número de suicidios tiene, con lo cual existe una correlación positiva entre ambas variables. | (Leese M, Thomas S, Snow L. 2006 citado por Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. 2017, p.947; Bedoya, A. et al. 2009, p.4; Rabe K. 2012 citado por Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. 2017, p.947; Huey MP, McNulty TL. 2005 citado por Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. 2017, p.947; van Ginneken EFJC, Sutherland A, Molleman T. 2017 citado por Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. 2017, p.947) |
| | El propio ambiente carcelario , por todo lo que ello implica, ya es en sí mismo un factor de riesgo, dependiendo el país la tasa es mayor o menor. Con ello nos referimos al impacto psicológico que puede tener el cambio para la persona, sobre todo si es la primera vez; que haya tenido impacto mediático o ante ciertos delitos, como los sexuales o infanticidios, que pueden llegar a hacer que otros internos se enteren y quieran agredirle o matarle. ¹¹ Por ejemplo, encontramos que en Inglaterra y Gales la tasa es 6 veces superior para los hombres a la de los hombres de la población general; mientras que la tasa en las mujeres es 20 veces mayor. | (Justícia. Generalitat de Catalunya. 2019; Bedoya, A. et al. 2009, p.40; Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. 2017, p.946; Fritz, F.D. et al. 2020, p.2; Constanza, S. et al. 2016, p.3; Eck, M. et al. 2019, p.4-5; Calles- Rubiales, N. & Ibáñez del Prado, C. 2020, p.2; Muñagorri, R., & Peñalver, M. 2008, p.1; Medina, O., Viviana D., Catherine, S. 2011, p.9; Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat, 2011) |

¹¹ De igual forma, en este punto queremos destacar, como bien hace el artículo de Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazabal, M. L., Morales, S., Sánchez, V., & Páez, D. (2002) y el manual de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. (2011), la aparición de estresores ambientales naturales, como el frío, el calor, la luz, la ventilación, etc.; y los estresores artificiales, como los ruidos, la ausencia de condiciones higiénicas. Además de el hecho de verse obligados a vivir en comunidad con roles tan marcados.

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| Factores de Riesgo Ambientales | <p>Los lugares con mayor riesgo son los módulos de ingresos y los departamentos de régimen cerrado, poniendo especial atención a los preventivos.</p> <p>Según el estudio de Bedoya, A. et al. (2009 p. 40-41) el 52,5% de la muestra estudiada se encontraba en una situación preventiva y el 21,3% se produjo durante la primera semana.</p> | <p>(Justícia. Generalitat de Catalunya. 2019; Saavedra, J., & López, M. 2015, p. 2; Constanza, S. et al. 2016, p.4; Eck, M. et al. 2019, p.5; Navarro, J. C. et al. 2016, p.29; Sherman y Morschauser 1989 citado por Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.30; Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.31-32; Calvó, S & Fraça, J. 07/04/2019, 12:47'-14:46')</p> |
| | <p>Otro factor de riesgo son todas aquellas actualizaciones que se realizan con respecto a la situación penal del interno. Como por ejemplo pueden ser: la notificación de un nuevo delito o de una condena superior a la esperada o ser puesto en una unidad no deseada, un traslado de centro -lo que puede suponer la pérdida de sus vínculos sociales en prisión-, la decisión de expulsión del país o la retira del NIE.</p> | <p>(Eck, M. et al. 2019, p.4; Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazabal, M. L., Morales, S., Sánchez, V., & Páez, D. 2002.)</p> |
| | <p>Haber estado condenado/a por delitos violentos o por cumplir una condena de más de 40 años se muestran como factores de riesgo. Eso se debe a que ante condenas largas aparecen la desesperanza y la depresión lo que hace que aumenten las posibilidades de auto agredirse.</p> | <p>(Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011 citado por Saavedra, J., & López, M. 2015, p.2; Constanza, S. et al. 2016, p.4; Eck, M. et al. 2019, p.5; Sherman y Morschauser 1989 citado por Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.30-31)</p> |
| | <p>El aislamiento social que produce la prisión es uno de los grandes factores de riesgo que existe en el medio carcelario. Éste se puede producir tanto por un escaso contacto con los familiares o tener una baja socialización con el resto de internos.</p> | <p>(Lohner J. & Konrad N. 2011 citado por Saavedra, J., & López, M. 2015, p.2; Eck, M. et al. 2019, p.4; Sherman y Morschauser 1989 citado por Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.30; Medina, O., Viviana D., Catherine, S. 2011, p.9)</p> |
| | <p>La prisión genera estrés que ayuda a provocar conductas más impulsivas y una menor capacidad para la resolución de conflictos y afrontamiento adecuado de los diferentes estresores. Esto puede producir un mal clima carcelario, con amenazas, temores y mayor represión por parte de funcionarios, dando lugar a un nuevo factor de riesgo.</p> | <p>(Constanza, S. et al. 2016, p.4; Medina, O., Viviana D., Catherine, S. 2011, p.10; Fovet T, Thomas P, Amad A. 2015 citado por Eck, M. et al. 2019, p.4)</p> |

2.2.4 Factores Asociados con el Consumo de Tóxicos Relacionados con el Suicidio

Este trastorno es el más diagnosticado en prisión seguido de los trastornos de ansiedad, por lo que hay que tenerlo en cuenta ante cualquier intervención que se realice (Constanza, S. et al. 2016, p.4).

2.2.4.1 Factores de Riesgo Asociados con el Consumo de Tóxicos Relacionados con el Suicidio

| | Idea | Cita |
|--|--|---|
| Factores Relacionados con el Consumo de Tóxicos | Los presos con problemas de adicciones con el alcohol tienen mayor riesgo que aquellos sin esta adicción. | (Eck, M. et al. 2019, p.5; Navarro, J. C. et al. 2016 p. 32; Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.34; Téllez-Vargas, J. 2006, pg. 4) |
| | Aquellos presos dependientes de opiáceos tienen 10 veces mayor riesgo de concurrir en conductas suicidas. | (Constanza, S. et al. 2016, p.4; Franke y Cols. 2003 citado por Negredo L. Melis F. Herrero O. 2011, p.34; Téllez-Vargas, J. 2006, pg. 4) |
| | El consumo de psicoestimulantes, de cocaína, de cannabis y de benzodiacepinas se relaciona con una mayor incidencia de conductas autolíticas. | (Navarro, J. C. et al. 2016, p. 32; Arribas-Ibar, E. 2016, p.87; Téllez-Vargas, J. 2006, pg. 4) |

3. Metodología

Este trabajo es una revisión teórica que ha examinado la literatura existente para detectar los factores de riesgo y protección y evaluar las tendencias de las conductas autolíticas durante los últimos años, tanto en la población general como en la población penitenciaria, a diferente escala territorial. Una vez hecho, pasaremos a una aplicación más práctica en la que evaluaremos el programa actual utilizado en las prisiones catalanes, buscando los factores y proporcionando medidas adecuadas para reducir la tasa que se ha venido manteniendo estable durante los últimos años. Además, contaremos con la opinión de diferentes expertos en la materia para esclarecer qué medidas serían realmente funcionales.

3.1. Objetivos específicos

La literatura consultada nos ha ayudado a conocer los diferentes factores de riesgo y de protección que hay en el ámbito penitenciario. Además, nos ha ayudado a conocer la tendencia que está habiendo en los últimos años y como ha aumentado cuando lo ha hecho la P.P. Una vez conocemos dicha información y tenemos constatado que existe un problema, nos toca analizar el protocolo actual que se está utilizando en las prisiones catalanas. Para ello, vamos a tener en cuenta la opinión de diversos expertos, los cuales en base a su experiencia en los respectivos campos nos ayudarán a conocer cómo tratar realmente las diferentes variables. A continuación, vamos a enumerar nuestros objetivos específicos que pretendemos conseguir con este análisis:

- Encontrar qué factores están siendo tenidos en cuenta y cuáles no en los protocolos actuales.
- Saber si se están tratando bien o no y proporcionar un método alternativo en aquellos casos en los que no se esté tratando bien.
- Conocer la opinión de los expertos acerca del tema.
- Perfeccionar el protocolo actual teniendo en cuenta las variables analizadas y la opinión de los distintos expertos.
- Impulsar la implementación de un nuevo protocolo que aumente la supervivencia de la población atendida por conductas autolíticas.
- Contribuir a la visibilidad de esta problemática y ayudar a la rotura de este tabú.

3.2. Herramientas Utilizadas para la Metodología.

Para realizar esta parte, como ya hemos mencionado anteriormente, hemos contactado a diferentes personas para poder hacer una aproximación cualitativa y saber su opinión en base a su experiencia. Las entrevistas se han realizado a:

- Sheila Fernández, criminóloga con 2 años de experiencia en el Centro de Menores Folch i Torres como voluntaria y otros 3 meses en el DAE de 4 Camins. Actualmente está trabajando en este último centro como dinamizadora.

- Jenny Cubells, profesora de Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona. Es licenciada y doctorada en psicología social. Ha realizado diversos voluntariados de forma discontinua durante años.
- César García, actual subdirector de Tratamiento del Centre Obert 2 de Barcelona. Previamente, lo había sido del Centre Obert 1, de la Modelo, de Quatre Camins y de Brians 1. También ha sido psicólogo del gabinete asistencial de los Mossos d'Esquadra, director del Centre Educatiu L'Alzina, entre otros muchos lugares.
- Marc Ferrer, Coordinador Programa TLP para el Adolescente y Adulto Joven en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d'Hebrón e Investigador Principal en el Grupo de Psiquiatría, Salud Mental y Adicciones del Hospital Vall d'Hebrón.

Estas entrevistas se han realizado siguiendo la metodología de las entrevistas semiestructuradas. Al estar hablando con expertos y personas con larga experiencia en sus respectivos trabajos, consideramos que lo más idóneo era tener marcadas ciertas preguntas a modo de temas de conversación que queríamos tratar con ellos, pero no realizar preguntas cerradas. Esto se hizo para que la persona entrevistada pudiera explicar todo aquello que deseara, contando anécdotas y sintiéndose cómoda durante toda la conversación y no estando pendiente de cuál podía ser la siguiente pregunta. Con ello queríamos obtener información que seguramente con otro tipo de metodología no hubiera sucedido. Es por ello por lo que la duración media de las entrevistas ha sido de una hora aproximadamente, en dónde se ha podido lograr dicho objetivo.

Las herramientas que se han utilizado para hacer el análisis son el Programa Marco de Prevención de Suicidios de las Prisiones Catalanas, que otorga la “Secretaria de Mesures Penals de la Generalitat”, y el “Protocol de Prevenció de Suicidis Centre Penitenciari Brians 1”, que es el desarrollado por dicho centro penitenciario a partir del Programa Marco.

3.3. Análisis del Protocolo Actual en el Sistema Penitenciario

3.3.1 Análisis de los Factores de Riesgo en el Protocolo Actual del Sistema Penitenciario

| | Factor | Programa Marco | Programa de Brians |
|--|---|-----------------------|---------------------------|
| Social | Falta de Relación Sentimental | ✓ | ✓ |
| | Edad | ✓ | ✓ |
| | Nivel Educativo Bajo | ✗ | ✗ |
| | Antecedentes Penales Familiares Previos | ✗ | ✗ |
| | Ser Víctima de Maltrato o Abuso Sexual | ✓ | ✓ |
| | Pérdida Ser Querido | ✓ | ✓ |
| Biología, Psicología y Psicopatología | Género | ✓ | ✓ |
| | Trastorno Mental | ✓ | ✓ |
| | Antecedentes Psiquiátricos Personales | ✗ | ✓ |
| | Antecedentes Psiquiátricos Familiares | ✗ | ✗ |
| | Intentos Previos de Suicidio | ✓ | ✓ |
| | Depresión | ✓ | ✓ |
| | TDAH | ✗ | ✗ |
| | Trastornos Alimentarios | ✗ | ✗ |
| | Tener Enfermedad Crónica | ✓ | ✓ |
| | Impulsividad | ✓ | ✓ |
| | Agresividad | ✓ | ✓ |
| | Falta de Autocontrol | ✗ | ✗ |

| | | | |
|-------------------|---|---|---|
| Ambiental | Número de Presos | ✗ | ✗ |
| | Ambiente Carcelario | ✗ | ✓ |
| | Módulo de Ingresos | ✓ | ✓ |
| | Departamentos de Régimen Cerrado | ✗ | ✓ |
| | Condenado por Delito Violento | ✓ | ✓ |
| | Condena Larga | ✓ | ✓ |
| | Aislamiento Social | ✓ | ✓ |
| | Estrés | ✗ | ✓ |
| | Modificación Situación Judicial o Penal o Adopción de Medida por Debajo de la Expectativa | ✓ | ✓ |
| Adicciones | Adicción al alcohol | ✓ | ✓ |
| | Adicción a los Opiáceos | ✗ | ✓ |
| | Consumo de Psicoestimulantes, Cocaína, Cannabis y Benzodiacepinas | ✗ | ✓ |

3.3.2 Análisis de los Factores de Protección en el Protocolo Actual del Sistema Penitenciario

| | Factor | Programa Marco¹² | Programa de Brians¹³ |
|-----------------|-------------------------|------------------------------------|--|
| Sociales | Ser Inmigrante | ✗ | ✗ |
| | Tener Hijos | ✓ | ✓ |
| | Apoyo Familiar y Social | ✓ | ✓ |

¹² En adelante llamado P.M.

¹³ En adelante llamado P.B.

| | | | |
|--|--|---|---|
| Sociales | Valores Culturales y Tradicionales como la Religión | ✓ | ✓ |
| | Habilidades para resolver conflictos o problemas, tener estrategias de afrontamiento | ✓ | ✓ |
| Biología, Psicología y Psicopatología | Tratamiento Adecuado Según la Patología | ✓ | ✓ |
| | Tener Autoestima, una Buena Autoimagen y Autoconfianza | ✓ | ✓ |

3.4. Análisis de los Resultados

Como podemos ver en la tabla, de los factores sociales de riesgo contemplados en nuestro estudio, no se ha tenido en cuenta ni el nivel educativo ni la existencia de los antecedentes penales familiares previos al ingreso del sujeto en prisión, al igual que tampoco el factor de protección de ser inmigrante.

Por lo que respecta a los factores biológicos, psicológicos y psicopatológicos, los resultados muestran que no se han tenido en cuenta los factores de riesgo de los antecedentes psiquiátricos familiares, la aparición del TDAH -pese a que este podría ser vinculado a la impulsividad, que sí está recogida- los trastornos alimentarios y tampoco hemos visto claramente la falta de autocontrol.

Del apartado ambiental solo nos ha faltado por encontrar la influencia del número de presos de la institución penitenciaria. El resto de factores sí figura en ambos programas.

Por otra parte, debemos mencionar que las variables: Antecedentes Psiquiátricos Personales, Ambiente Carcelario, Departamento de Régimen Cerrado, Estrés, Adicción a los Opiáceos y Consumo de Psicoestimulantes, Cocaína, Cannabis y Benzodiacepinas no se encuentran en el P.M, pero sí en el P.B.¹⁴.

4. Discusión de los Resultados

Como hemos visto, el suicidio es una realidad innegable en nuestra sociedad, tanto fuera como dentro de prisión. Sin lugar a dudas, creemos que los protocolos analizados inician un buen camino para prevenirlos, pero este va a ser largo y tedioso.

Consideramos positivo que el objetivo del P.M. no sea solamente el de tratar de reducir los suicidios, sino también acabar con el estigma, el tabú y los mitos que acompañan a esta temática. Entre tales mitos destaca, como por ejemplo (Riesco, L. & Pons, J. 2017):

- El que dice que se va a suicidar, no lo hará.
- Hablar del suicidio provoca un efecto llamada.
- El que se quiere suicidar lo va a acabar haciendo
- El suicidio pasa de golpe, es algo que no se puede predecir.

Estas ideas lo que hacen es contribuir al aumento de la estadística, ya que hacen que no se trate correctamente a las personas potencialmente suicidas. De ahí que debamos comenzar a trabajarlas. De hecho, conversando con César García, comentamos los requisitos del uso de los mal llamados “presos sombra” o internos de soporte¹⁵. Como vemos en la página 120 del presente documento, nos encontramos con que no pueden participar aquellos internos que ellos o su familia hayan realizado conductas autolíticas, ni los que hayan estado inscritos en el programa de prevención de suicidios. Esto llama la atención cuando vemos que los resultados del Proyecto N’VIU muestran la utilidad que tiene el testimonio de una persona que ha superado esa etapa (Departament de Justícia & Hospital Universitari de Vic. 2021, p.70). De hecho, es frecuente en otro tipo de programas, como en Alcohólicos Anónimos, el uso de estos testimonios para el proceso

¹⁴ Nos extraña esto, ya que el P.M original sí estaban recogidas -de ahí que aparezcan en el P.B.- pero las han quitado en la última actualización del documento, realizada en diciembre de 2020.

Este cambio se ha producido en la primera semana de mayo, por lo que no ha dado tiempo a investigar el motivo de que hayan desaparecido 31 factores de riesgo y 62 señales de alerta o aspectos a tener presentes.

¹⁵ Un preso sombra o interno de soporte es aquel interno que voluntariamente se ofrece para acompañar a los internos que están en el programa de prevención de conductas autolíticas, debe ser aprobado por la Junta de Tratamiento y recibir un curso previamente.

de mejora. No obstante, en esta temática resulta ser un factor excluyente. Así que nos preguntamos: ¿Hay miedo a que el testimonio le diga qué hacía y “le de ideas”? ¿Por qué ese miedo no existe con el resto de las prevenciones? ¿Se debe al tabú?

Creemos que las actividades propuestas en el P.M¹⁶ son lo suficientemente positivas cómo para empezar a trabajar estos mitos. Como también se trata de cambiar patrones mentales fijados culturalmente, sería positivo anotar estas falsas afirmaciones en lugares que fueran visibles cada día¹⁷. En este punto es importante la formación de los profesionales en esta temática, ya que tanto la Dra. Cubells como la Criminóloga Fernández nos han comentado que no han recibido ningún tipo de formación en este ámbito o que la que han recibido era insuficiente y venía dotada de mitos, como: “solo lo hacen para llamar la atención”.

La detección es un factor importante en esta casuística. Por lo que es importante remarcar los tres momentos claves para detectarlo¹⁸:

- En el **ingreso al centro**. Como hemos visto en la literatura, (Justícia. Generalitat de Catalunya. 2019; Saavedra, J., & López, M. 2015, p. 2; Constanza, S. et al. 2016, p.4; Eck, M. et al. 2019, p.5; Navarro, J. C. et al. 2016, p.29; Sherman y Morschauser 1989 citado por Negro L. Melis F. Herrero O. 2011, p.30; Negro L. Melis F. Herrero O. 2011, p.31-32; Calvó, S & Fraça, J. 07/04/2019, 12:47'-14:46'), éste se ha mostrado como un momento crítico en los intentos autolíticos y un momento clave para detectar este tipo de ideaciones. Aunque el RisCanvi se ha demostrado como una herramienta que no detecta tanto las conductas autolíticas, sino las autolesivas (Foguet, Q. & Capdevila, M. 2021, 23 de Marzo; Departament de Justícia & Hospital Universitari de Vic. 2021) creemos que es importante seguir teniendo en cuenta esta herramienta para la detección, ya que una autolesión mal realizada puede acabar en una conducta autolítica¹⁹. Llegados a este punto queríamos realizar una crítica a la situación actual que se vive con la

¹⁶ Situado en el Anexo 2 del P.M, página 76 del presente documento.

¹⁷ Con ello pretendemos trabajar con el subconsciente y que de tanto ver las frases, los funcionarios, trabajadores e internos, vayan integrando estos mensajes. Además, si se opta por pintar en un muro podría ser una actividad que podrían realizar los internos. Esta actividad se podría realizar el día 10 de Septiembre, día internacional del suicidio, y además de servir para lo indicado ayudaría en el tratamiento de los internos ya que sería algo que ellos habrían creado para ayudar al conjunto de la comunidad penitenciaria.

¹⁸ Página 10 del P.M. -51 del documento- y página 10 del P.B -112 del documento-.

¹⁹ No obstante, ello no quiere decir que la intervención se deba basar enteramente o tener como pilar fundamental el RisCanvi, ya que creemos que eso puede provocar que los resultados no sean los esperados, como ha sucedido con el proyecto N°VIU.

detección. La investigación más reciente (Foguet, Q. & Capdevila, M. 2021, 23 de Marzo) determinó que la mejor forma de detectar el suicidio en la actualidad es la de encontrarnos con un intento previo, lo que sin lugar a dudas no consideramos aceptable. Por ello, y gracias a la lectura de Fernández, R.M. (2014) queremos recomendar que, aparte de usarse la escala MINI, se haga uso de las escalas especificadas en la tabla 16 de dicho documento²⁰, así como la Escala de Agresión de Brown-Goodwin o la Escala de Impulsividad de Barrant (Téllez-Vargas, J. 2006, p.4).

No obstante, destacar la opinión del Dr. Marc Ferrer, el cual nos comentó la importancia de no abusar de las escalas ni de los test, ya que se podría realizar una sobrediagnóstico. De igual forma, apuntó que las escalas que se seleccionaran para realizar el estudio del sujeto, se deberían de pasar cada dos años, para así tener una visión más clara de la evolución del interno.

- **Detección espontánea.** Otro punto de detección es durante la vida ordinaria en el módulo. Para lograr esto, debemos tener a todas las partes implicadas con los conocimientos necesarios cómo para poder hacerlo, además de tener creado un tejido social fuerte donde los funcionarios, internos y personal penitenciario hablen unos con otros y se coordinen de forma eficiente. Con las entrevistas realizadas tanto a la Criminóloga Fernández como a la Dra. Cubells, pudimos ver deficiencias en el “buen clima carcelario”. En este sentido, la Criminóloga Fernández nos comentó cómo hacía escasas semanas un interno había intentado suicidarse porque su pareja le había dejado. Hecho que tenían en conocimiento sus compañeros internos, pero que no había trascendido más allá. Por esto creemos que una de las primeras medidas que se debería de realizar son todas aquellas que favorezcan un mejor clima carcelario y la comunicación.
- En un **traslado de centro**. Este punto lo relacionamos con el anterior, puesto que resulta de vital importancia haber hecho un buen trabajo en el centro anterior para que así figuren estas situaciones en la anamnesis del interno. No obstante, mediante nuestra propia experiencia, hemos podido constatar como esto no sucede. Con buen criterio, se optó por abrir un apartado en el Sistema de Información Penitenciario Catalán (SIPC) donde se recogiera toda la información relativa a los suicidios de cada interno, como la activación o no del protocolo.

²⁰ Revisable en la página 170 del presente documento.

Gracias al Equipo B del Centre Obert 2 de Barcelona²¹, pudimos saber el nombre de dos internos, uno diagnosticado de depresión y otro que acaba de finalizar su estancia en el protocolo de suicidios por un intento autolítico. Ninguno de estos dos internos tenía escrito nada en el SIPC, lo que supone que otros profesionales que no están al corriente de esta información no son conscientes de ella. En consecuencia, hemos podido constatar que existe un problema de comunicación e información que debería ser solventado.

La respuesta de la administración ante este problema alude a la falta de recursos y de personal, pero la experiencia nos demuestra que mayores recursos con una mala organización no solventan el problema, mientras que una buena organización sí solventa una falta de recursos (Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. 2011, p.14). Queda claro que en estos momentos hay una falta de recursos y una mala organización. Con la entrevista realizada al Sr. César y bajo su experiencia, creemos que la solución a esta problemática pasa por el “Departament de Justícia de la Generalitat”, que debería de elaborar una nota interna en la que priorizara dar una solución a esta problemática y priorizara la buena praxis de los funcionarios, dando mayor importancia a la coordinación y comunicación entre las distintas personas que intervienen con presos, incluyendo a los voluntarios. También es imprescindible la mejora tecnológica del sistema. No creemos que sea ni eficiente ni ecológico que cuando se detecte un caso toda la documentación sea manual²².

Parece que este punto se ha intentado solventar con la última actualización del P.M en su séptimo apartado, página 60 del documento. Sin embargo, teniendo en cuenta que este protocolo data de finales de año y nuestra búsqueda ha sido a finales de abril, creemos que hay algo que no acaba de funcionar bien.

Finalmente, mencionar de forma sucinta -dado que no compete a este trabajo- la necesidad de la modificación del régimen funcional e incluso crear un régimen sancionador para aquellos que no realicen de forma correcta su trabajo, dada la importancia que tiene la comunicación, la coordinación y el buen ambiente carcelario para la prevención del suicidio.

²¹ Equipo dedicado a los Trastornos Mentales.

²² Podemos ver un ejemplo en el Anexo 4 del Protocolo de Brians, página 133 del presente documento.

Como colofón, nos queda referirnos al análisis realizado de los factores de protección, de riesgo y las señales de aviso. Destacamos positivamente la cantidad de variables existentes -58 sumando todos los apartados-, aunque en la versión anterior contábamos con muchas más, un total de 135 (revisar pie de página número 15). Debido a la gran importancia de estas variables, hemos realizado unas infografías²³, que creemos que pueden ser útiles tanto para los internos como para los profesionales.

Como ya hemos visto, nos hemos encontrado con ciertos factores de riesgo que no han sido tenidos en cuenta. La explicación que le encontramos a los Antecedentes Penales Familiares Previos y los Antecedentes Psiquiátricos Familiares es que no se profundiza en la historia familiar del interno, sino más en cómo esta le ha influenciado a él, como una infancia difícil, por ejemplo. Esto puede llegar a hacer que este tipo de variables pasen más desapercibidas.

Por su parte, no entendemos cómo no se ha podido tener en cuenta el Nivel Bajo Educativo puesto que es un factor importante para la prevención y el tratamiento del suicidio. Hemos constatado que para la prevención general se hacen charlas, lo cual choca de lleno al pensar que estamos ante población que quizás no ha estado ni escolarizada o que tiene TDAH -otra variable no tenida en cuenta- o que se entregan folletos informativos escritos, cuando quizás estamos ante personas analfabetas o que tienen dificultades para interpretar el idioma²⁴. Creemos que serían más positivas actividades tipo juegos, roleplays o incluso infografía realizada por ellos, dónde los internos puedan aprender a través de actividades más sencillas y entretenidas las habilidades para aumentar su autoestima, aprender a controlar el estrés o tener nuevas estrategias de afrontamiento, por ejemplo. Aspectos que positivamente se han tenido en cuenta en el Programa N'VIU²⁵ como la creación de la *tarjeta de emergencia* o el *kit de supervivencia*²⁶ (Departament de Justícia & Hospital Universitari de Vic. 2021. p.70).

²³ Situadas en los anexos 6, 7, 8, 9 y 10.

²⁴ Ejemplo en la página 74 y 75 del documento.

²⁵ Este programa realiza una intervención grupal psicoeducativa para mirar de reducir los intentos autolíticos entre sus participantes. Los resultados iniciales muestran que sí es eficaz para la ideación suicida y la reducción de expedientes disciplinarios, pero no para el resto de variables por lo que se está trabajando en la mejora y perfección de cara al futuro más inmediato.

²⁶ La tarjeta de emergencia es una tarjeta en donde el interno tiene escritas sus propias señales de alerta de la aparición de pensamientos suicidas -previamente trabajadas durante el programa- y dónde tiene especificadas cuáles son las personas del centro, que él ha escogido, con las que puede hablar al detectar que tiene este tipo de pensamientos y con las que debe contactar. El kit de supervivencia es una caja donde el interno guarda todos esos objetos que son razones para seguir viviendo, como una fotografía, una carta, etc.

Creemos que esta es la vía que se debe seguir y no tanto la de “escolarizar” la prevención del suicidio.

Por lo que hace a los Trastornos Alimentarios y la Cantidad de Presos, creemos que se debe a que son investigaciones muy novedosas y en las que apenas hay información al respecto, por lo que vemos más normal que no se tengan en cuenta. Por otro lado, lo que nos extraña es no encontrar la Falta de Autocontrol. Sí que es cierto que puede sobreentenderse con el resto de las variables propuestas en el documento, pero no deja de extrañarnos que no haya un punto específico para ella.

Finalmente, por lo que respecta al factor de protección de ser Inmigrante, creemos que se debe a que no está del todo claro. Como hemos dicho, esto se puede deber a que muchos extranjeros no entienden el idioma y que, por tanto, son excluidos de muchas investigaciones. No obstante, si ese fuera el motivo nos encontraríamos, con estadísticas que mostrarían un mayor índice de suicidios en extranjeros. Realmente es una variable que nos extraña que no esté siendo tomada en cuenta, ya sea como factor de protección para unos o factor de riesgo para otros.

De igual forma, no hemos tenido en cuenta ciertos factores que sí se han encontrado en el P.M y P.B., como por ejemplo: los actos de anticipación, el acceso a puntos de anclaje o la existencia de un plan suicida. Creemos que nunca está de menos remarcarlos, por ello hemos optado por hacerlo en este apartado.

Siguiendo esta línea, tampoco hemos tenido en cuenta la rigidez cognitiva junto con la no aceptación de ayuda. Creemos que es importante remarcar estos aspectos, ya que en prisión la voluntariedad es un factor crucial y supone un trabajo laborioso intervenir con aquellos internos que no lo desean.

Finalmente, apuntar la existencia del perfeccionismo como factor generador de estrés, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico, como posible fuente de depresión o tristeza y el pensamiento dicotómico, como factores de riesgo a considerar.

No obstante, es importante tener en cuenta que estas variables no actúan como algo categórico, puesto que no van a definir si el interno realiza este tipos de conductas o no. El suicidio es un fenómeno complejo en el cual, como hemos visto a lo largo de todo el trabajo, influyen muchísimos factores. Por ello, debemos considerar estos factores como guías para orientarnos, pero no para definir nuestra intervención.

5. Conclusiones

5.1. Implicaciones teóricas y prácticas

- La tasa de suicidios se puede reducir si existe una implicación plena de la administración pública, de los profesionales y de los internos trabajando de forma coordinada.
- Pese a los esfuerzos por romper el hermetismo y los mitos, éstos siguen existiendo.
- El tabú y el hermetismo fomenta el desconocimiento tanto social como científico de esta problemática, lo que dificulta enormemente la búsqueda de una solución y genera contradicciones entre los resultados existentes.
- Los protocolos y nuevos programas parecen tener buena aceptación y pese a que no demuestran una mejora de los resultados. No obstante, son positivos ya que dotan de vías alternativas para la resolución de conflictos y empoderan a los internos.
- Se debería hacer una revisión sistemática de toda la bibliografía existente, ya que nos encontramos con que existen variables que no han sido tenidas en cuenta en los programas actuales, lo que puede generar ciertas situaciones de riesgo.
- Los factores de riesgo y de protección no son categóricos, sino que son aspectos a tener en cuenta para la prevención.

5.2. Limitaciones del trabajo realizado

Dejando de lado las limitaciones impuestas por la pandemia que ha impedido realizar un voluntariado en prisión para tener un mayor contacto con los presos y ver qué tipo de formación se nos proporcionaba sobre nuestra persona; debemos señalar las siguientes:

Por una parte, el hermetismo por parte de la administración para proporcionar información al respecto de los programas y datos referentes a esta temática.

Por otra parte, hemos tenido problemas a la hora de contactar con los diferentes profesionales, ya que muchos ni siquiera han respondido a nuestras peticiones. Seguimos creyendo que los profesionales son un punto fuerte, al igual que los propios internos y sus opiniones, que en ciertas ocasiones no es tenida en cuenta.

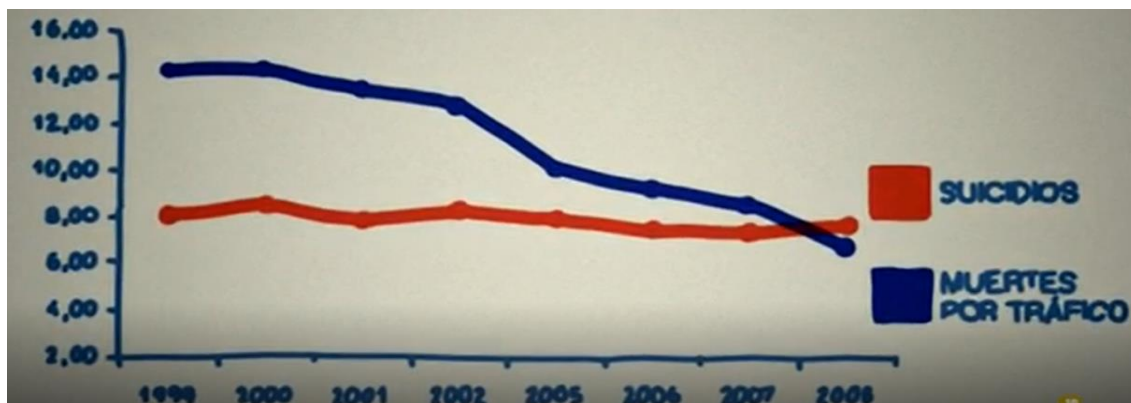
5.3. Posibles líneas futuras de investigación

Sin lugar a dudas las líneas que deja este trabajo son bastante amplias. La frase que hemos optado por utilizar como cierre del mismo creemos que resume bastante bien cuál ha sido el desarrollo de este trabajo. Queda mucho por hacer y descubrir en esta temática. Desde luego sería interesante que los profesionales en la materia pusieran en práctica las variables que hemos podido detectar a través de la bibliografía. Esto nos permitiría falsarlas o no y, en consecuencia, alejarnos o acercarnos más o menos a nuestro objetivo que es el de llegar a las 0 muertes por suicidio en prisión.

Debemos seguir con los pasos que se están siguiendo con programas como N'VIU, mirando de perfeccionarlos y tratando de dejar de lado errores que se siguen haciendo, tanto en el mismo programa como en los protocolos analizados. Un ejemplo de ello es el que encontramos en el P.B, situado en el Anexo 7, en la página 140. En el apartado de situaciones de riesgo se hace referencia a las conductas autolesivas no manipulativas. Si no se especifica, el lector sobreentiende que hay algunas que sí lo son. Y aunque es innegable que estas existen, sabemos que no se trata como un problema -como se indica en el apartado 10 del P.M.²⁷- sino que fomentan el mito y facilita que se ignoren estas conductas. Es importante corregir este tipo de errores para evitar que estos pensamientos queden arraigados en nuestro subconsciente y todo esto pasa por la correcta formación de los distintos profesionales. De igual forma, creemos que el conocimiento no solamente se debería de quedar en ellos, sino que se debería hacer una propaganda a nivel general para comenzar a luchar contra la “normalización del silencio”.

²⁷ Situado en la página 64 del presente documento.

Imagen 1. Gráfico comparativo de Muertes por Suicidio contra Muertes por Tráfico desde 1999 hasta 2008.



Fuente: Fernández de Castro, D. (2013, 14 de Febrero)

En este gráfico podemos ver claramente cómo las campañas realizadas por parte de la DGT sobre la concienciación al volante han contribuido a bajar drásticamente las miles de muertes producidas cada año, mientras que las de suicidio se han venido manteniendo estables. Ello nos hace indicar que si no nos dejamos llevar por los miedos ni por los prejuicios -a nadie se le pasó por la cabeza que hacer este tipo de campañas y hablar tan abiertamente de los muertos en carreteras en cada telediario iba a causar que la gente imitara este tipo de conductas al volante- se pueda lograr un gráfico similar. No obstante, esto solo nos lo va a decir la práctica.

Finalmente, la última línea futura que aquí planteamos es la de comenzar a contabilizar de la misma forma las muertes de suicidio en todos los países para así poder hacer una mejor comparación entre los datos y ayudar a ver si la cultura tiene mayor a menor influencia o si determinadas zonas ayudan más o menos, entre otras muchas variables.

“En Estados Unidos los rayos provocan 80 muertes anuales y lo sabemos todo sobre ellos. En cambio, se producen 80 muertes diarias por suicidio y no sabemos nada.”

Eduard Punset

Bibliografía

ACAIP. (2018). *CENTROS PENITENCIARIOS CON MAYOR NUMERO DE SUICIDIOS DE PRESOS 2000-2017*. [Data Set]. <https://www.acaip.es/areas/informacion-general/estadisticas/item/1726-estadisticas-elaboradas-por-acaip> [Consulta: el 23 de diciembre de 2020]

Antón-San-Martín, J.M. et al. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29 (3), 810-815. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.3.175701/151981>

Arribas-Ibar, E. (2016). *Different aspects of illegal substance use in Catalonia : suicide, violence and evaluation of a preventive action* [Universitat Pompeu Fabra, 2016.] (pp. 87-92). <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/482049/teai.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Baca, E. & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373-380. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n5/v37n5a3.pdf>

Bedoya, A., Martínez-Carpio, P.A., Humet, V., Leal, M.J., & Lleopart, N. (2009). Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Revista española de sanidad Penitenciaria*, 11(2), (pp.37-41). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000200002

Caballero, C.C. Suárez, Y.P. Bruges, H.D. (2015). Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida. *Revista CES Psicología*, 8(2), 138-155. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5236645>

Calles- Rubiales, N. & Ibáñez del Prado, C. (2020). Influencia de la salud mental de los reclusos en el clima relacional de prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 22 (3). <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/603>

Calvó, S & Fraça, J. (Directors). (07/04/2019). *Aïllament: la presó dins la presó* [Documental]. Fernández, C. (Productor). 30 minuts. Barcelona, Espanya. Televisió de Catalunya amb la col·laboració de Metromuster. TV3 a la carta. <https://www.ccma.cat/tv3/alacarta/30-minuts/aillament-la-presó-dins-la-presó/video/5840098/>

Castro-Rueda, V.A. Rangel, A.M. Camacho, P.A. & Rueda-Jaimes, G. E. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(4), 705-715. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745014602109>

Ceballos-Ospino, G. A., et al. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista Duazary*, 12(1), 15–22. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1394>

Constanza, S., Castaño, J.J., Muriel, D.L., Pérez, C.E. & Ramírez, S. (2016). Factor de riesgo suicida y factores asociados en reclusas de un centro penitenciario de Caldas (Colombia), 2015: estudio de corte transversal. *Archivos de Medicina (Col)* 16.1: 61-73. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273846452007/index.html>

Departament de Justícia. (2020). *Descriptors estadístics serveis penitenciaris*. 12.6 Defuncions [Data Set]. [Consulta: el 28 de desembre de 2020] http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/12_pob.html

Departament de Justícia & Hospital Universitari de Vic. (2021). *Evaluación de una intervención psicoeducativa para personas con conducta suicida en el medio penitenciario*. Proyecto N'VIU. [CEJFE]. http://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/recerca/catalog/crono/2021/avaluacio_intervencio_socioeducativa/Informe_N_Viu_prevenio_suicidis_ES.pdf

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>

Eck, M., Scoufflaire, T., Debien, C. & Amad, A. (2019). *Le suicide en prison: épidémiologie et dispositifs de prévention*. La Presse Médicale 48.1: 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.009>

Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: An international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4 (12), 946-952. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30430-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3)

Fernández de Castro, D. (2013, 14 de Febrero). La muerte silenciada [Documentos TV, RTVE]. <https://www.rtve.es/television/20130214/documentos-tv-muerte-silenciada/608366.shtml>

Fernández, R.M. (2014). Capítulo 7. Escalas de Evaluación de la Conducta y Riesgo Suicidas. *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp. 95-114). Revisable en el Anexo 5

Foguet, Q. & Capdevila, M. (2021, 23 de Marzo). *Avaluació d'una intervenció psicoeducativa per a persones amb conducta suïcida en el medi penitenciari. Projecte N'VIU*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Barcelona

Fritz, F.D., Fazel, S., Benavides, A., Henry, P., Rivera, G., Torales, J., Trujillo, N., Vásquez, F. & Mundt, A.P. (2020). 1324 prison suicides in 10 countries in South America: incidence, relative risks, and ecological factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 56, 315–323. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01871-3>

Gómez, A.S., Núñez, C., Agudelo, M.P., & Caballo, V.E. (2020). Riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional y la autoestima en estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, 38(3), 403-426. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000300403>

INE (2020) *Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. [Data Set] <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!tabs-tabla> [Consulta: el 20 de diciembre de 2020]

Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). (17/12/2020). Suicidios. Por sexo y provincias. [Data set] <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616&lang=es&t=2020> [Consulta: el 23 de diciembre de 2020]

Justícia. Generalitat de Catalunya. [@justiciacat] (11 de Junio de 2019). *Nou Protocol conjunt de prevenció de suïcidis a presons Nou #Protocol de Justícia i Salut. Generalitat de Catalunya per a* [Vídeo]. Facebook. <https://www.facebook.com/justiciacat/videos/1167045770163713>

Medina, O., Viviana D. & Catherine, S. (2011) Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Investigaciones Andina* 13 (23): 268-280. <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239019089004.pdf>

Muñagorri, R., & Peñalver, M. (2008). INTENTOS AUTOLÍTICOS EN PRISIÓN: UN ANÁLISIS FORENSE. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 24 (2), 361-369. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/42991>

Navarro, J. C. et al. (2016). *Incidència del TLP en dones encarcerades*. [Incidència del TLP en dones encarcerades \(recercat.cat\)](https://www.recercat.cat/publicacions/Incidencia-del-TLP-en-dones-encarcerades)

Negredo L., Melis F. & Herrero O. (2011). *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave*. pp. 27-37. (ISBN: 978-84-8150-296-1) [TAPA SUICIDIO linea.FH11 \(antonio-casella.eu\)](https://www.antonio-casella.eu/TAPA-SUICIDIO-linea-FH11)

OMS. (2019). *Datos y cifras sobre el suicidio*. [Data Set] https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/ [Consulta: el 30 de diciembre de 2020]

OMS. (2019). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Pérez, N. & Salamanca, Y. (2017). Relación entre autoestima e ideación suicida en adolescentes colombianos. *Revista de Psicología GEPU*, 8(1), 8-21. <https://bit.ly/2RTqUhA>

Punset, E. (2010, 26 de Marzo). *El Suicidio se puede Evitar* [Redes – RTVE]. <https://www.rtve.es/alacarta/videos/redes/redes-suicidio-se-puede-evitar/644326/>

Riesco, L. & Pons, J. (2017). *Prevenió i intervenció en situacions de risc de suïcidi*. [Power Point]. Consorci Hospitalari de Vic.

Roca, X. Guàrdia, J. & Jarne, A. (2012). Las conductas autolesivas en el Ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte. *Papeles del psicólogo*, 33 (2), 116-128. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77823407005.pdf>

Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazabal, M. L., Morales, S., Sánchez, V., & Páez, D. (2002). RIESGO DE SUICIDIO EN PRISIÓN Y FACTORES ASOCIADOS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO EN CINCO CENTROS PENALES DE BOGOTÁ. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 99-114. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1201>

Saavedra, J., & López, M. (2015). Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 8 (4), 224-231. [Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios - ScienceDirect](#)

Salvo, L. & Castro, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista médica de Chile*, 141(4), 428-434. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000400002>

Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. (2011). *El model de rehabilitació a les presons catalanes* (pp. 11–15). Barcelona: Grup Artyplan-Artymprès, S.A.

Téllez-Vargas, J. (2006). Impulsividad y suicidio. *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá DC: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. <https://bit.ly/2PC47X5>

Toro, D.C., Paniagua, R.E., González, C.M., & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 302-308. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12016344007.pdf>

Anexos

Anexo 1. Infografía OMS Sobre los Suicidios en la Población General a Nivel Mundial.

Infografía 1. Datos y cifras sobre el suicidio

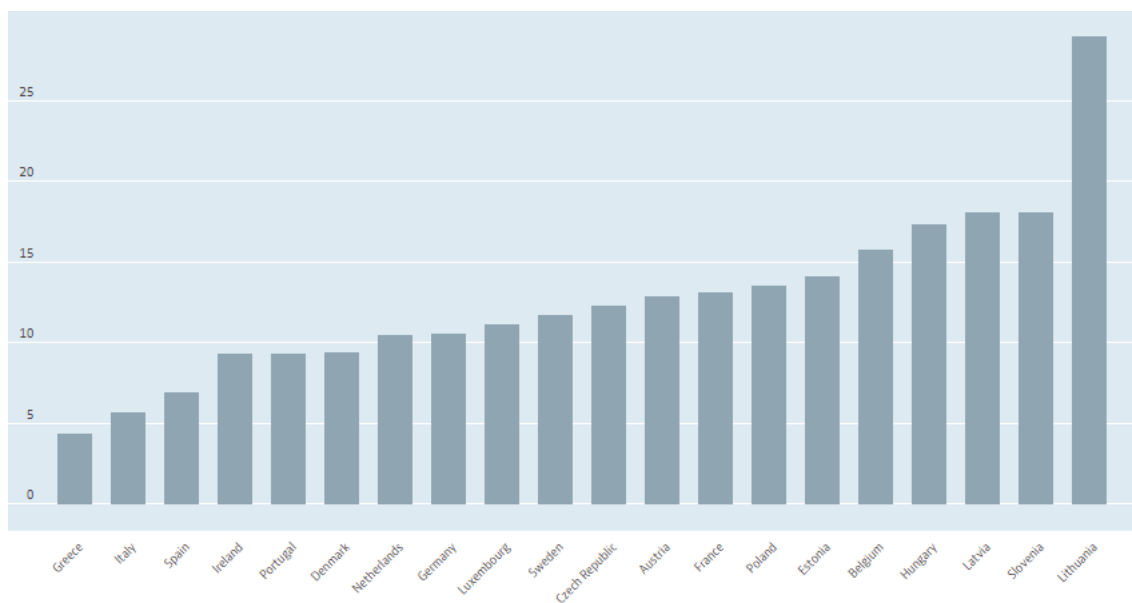


Fuente: OMS (2019) Datos y cifras sobre el suicidio. Recuperado de:

https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/

Anexo2. Suicide rates Total, Per 100 000 persons, 2015

Gráfico 2. Suicide rates Total per 100.000 persons, 2015.



Fuente: OECD (2019) Suicide Rates. Recuperado de: <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>



Anexo 3. Programa Marco Prevención de Suicidios

**Programa marc
de prevenció de suïcidis
als centres penitenciaris
de Catalunya**

Segona edició

Desembre de 2020



Avís legal

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement 4.0 Internacional (CC BY 4.0) deCreative Commons. Se'n permet la reproducció, la distribució, la comunicació pública i la transformació per generar obra derivada, sense cap restricció, sempre que se'n citi el titular dels drets (Generalitat de Catalunya).

Departament de Justícia). La llicència completa es pot consultar a:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ca>

© Generalitat de Catalunya

Departament de Justícia

Departament de Salut

justicia.gencat.cat

salut.gencat.cat

Índex

| | |
|---|----|
| 1. Introducció | 5 |
| 2. Objectius | 7 |
| 3. Promoció de la salut en la prevenció del suïcidi | 8 |
| 4. Detecció del risc de suïcidi | 10 |
| 5. Avaluació clínica del risc | 11 |
| 6. Pla d'intervenció | 15 |
| 7. Coordinació i gestió de la informació | 20 |
| 8. Interns de suport | 22 |
| 9. Postvenció: minimització de l'impacte del suïcidi | 23 |
| 10. La conducta autolesiva en el medi penitenciari | 24 |
| 11. Poblacions amb necessitats diferenciades: joves, dones i transgèneres | 25 |
| 12. El programa de prevenció de suïcidis en medi obert | 27 |
| 13. Aspectes organitzatius. Consideracions generals | 28 |
| 14. Seguiment i avaluació | 29 |
| 15. Bibliografia consultada | 30 |
| 16. Annexos | 33 |
| Annex 1. Tríptic preventiu del suïcidi per donar en el programa d'acollida | 34 |
| Annex 2. Sessió de promoció i prevenció del suïcidi per inserir en subprogrames PMOC de l'itinerari estàndard | 36 |
| Annex 3. Factors de risc, punts d'inflexió, senyals d'advertència i alarma, i factors de protecció de la conducta suïcida per als interns | 39 |
| Annex 4. Comunicat informatiu al cap de serveis | 42 |
| Annex 5. Elevació d'informació del cap de serveis al director | 43 |
| Annex 6. Registre d'observació de senyals d'alerta de suïcidi per al personal d'interior | 44 |
| Annex. 7 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) | 45 |
| Annex 8. Model d'informe d'activació o modificació del protocol de suïcidis | 46 |
| Annex 9. Programa N'VIU: Programa d'intervenció grupal psicoeducativa per a la prevenció de conductes autolesives en el medi penitenciari | 47 |
| Annex 10. Sol·licitud d'admissió al programa N'VIU | 53 |
| Annex 11. Notificació de baixa del programa N'VIU | 54 |
| Annex 12: Procediment per analitzar el suïcidi consumat | 55 |
| Annex 13. Estàndards de qualitat en la prevenció del suïcidi | 58 |
| Annex 14. Pla d'intervenció en la prevenció del risc de suïcidi | 60 |

Abreviatures

CP: centre penitenciari

CRIMO: cap de règim interior de medi obert

CRS: codi risc de suïcidi

EAPP: equip d'atenció primària penitenciària

EMD: equip multidisciplinari

ESM: equip de salut mental

FSI: funcionaris del servei interior

HC3: història clínica compartida de Catalunya

IS: intern de suport

LGBTI: gais, lesbianes, bisexuals, transgèneres, intersexuals

MTS: malalties de transmissió sexual

OMS: Organització Mundial de la Salut

PMOC: Programa marc d'organització curricular

PPS: protocol de prevenció del suïcidi

PROGRAMA N'VIU: Programa d'intervenció grupal psicoeducativa per a persones amb temptatives autolítiques en el medi penitenciari.

PSI: Pla de serveis individualitzats

PTI: Pla terapèutic d'intervenció

RC: RisCanvi

RHB: rehabilitació

SIPC: sistema d'informació penitenciari català

1. Introducció

El suïcidi representa un problema greu de salut pública, amb prop d'un milió de morts anuals a tot el món; s'estima que cada any se suïciden 14,5 persones de cada 100.000. Algunes dades que revelen la importància d'aquesta qüestió són:

- El suïcidi és un problema de salut pública de primera magnitud, segons l'OMS.
- És una de les primeres causes de mortalitat prematura en joves d'ambdós sexes. Les persones de 25 a 44 anys constitueixen el primer grup de risc. A Catalunya és la primera causa de mortalitat entre els joves.
- També esdevé la tercera causa de mortalitat evitable en el nostre entorn i supera la mortalitat causada pels accidents de trànsit.
- S'estima que es produeixen unes vint temptatives per cada suïcidi consumat.
- Es donen més temptatives en dones, però la mortalitat per suïcidi és tres vegades superior en els homes, perquè solen utilitzar mètodes més letals.

A més, les repercussions en l'entorn són molt importants, ja que les vides de les persones properes queden profundament afectades a l'àmbit emocional, social i econòmic.

La taxa de suïcidis als centres penitenciaris és significativament més alta que la taxa de la població general. S'han descrit taxes 7,5 vegades superiors en població preventiva i 6 vegades superiors en població penada, en relació amb la població general.

A Catalunya, l'any 2017 aquesta taxa va ser de 57,7 per cada 100.000 interns, superior a la taxa de la població general, que el 2016 va ser de 6,8 per cada 100.000 habitants (última dada disponible).

Segons l'OMS, els suïcidis són prevenibles en la mesura en què se n'identifiquen els factors de risc i les variables intrínseques i extrínseques al subjecte que predisposen a consumir la conducta suïcida o la faciliten.

És un deure de l'Administració penitenciària vetllar per la vida, la integritat i la salut dels interns (articles 10.1 i 15 de la Constitució espanyola, articles 3.4, 36 i següents de la Llei orgànica general penitenciària, dedicats a l'assistència sanitària, i article 207 RP).

El Programa es basa en els principis següents:

- **La promoció de la salut i la prevenció del suïcidi** ha de ser un dels eixos centrals en els objectius de treball dels centres penitenciaris.
- **Totes les persones** que es relacionen en l'entorn penitenciari (interns, familiars o referents externs, entitats, professionals, etc.) **són agents de promoció de la salut, prevenció, intervenció i postvenció.**
- **El treball per promocionar la salut, prevenir i tractar les conductes suïcides ha de tenir un enfocament biopsicosocial.**

- **Cal trencar amb el tabú del suïcidi** mitjançant la lluita contra l'estigmatització, entesa com a comportament discriminatori basat en falses creences, mites i prejudicis.
- **S'ha de promoure la cultura que les morts per suïcidi són evitables.** Cal conscienciar interns, familiars, professionals, voluntaris i altres agents que estan en contacte amb la institució.
- **La coordinació entre professionals** de tots els àmbits és una de les claus de l'èxit per a la prevenció i la intervenció eficaç.
- **Cal aprendre de totes les incidències relacionades amb les morts per suïcidi, les temptatives de suïcidi i les autolesions.** S'han de revisar tots els processos i mecanismes que les expliquen i incorporar a l'organització els aprenentatges adquirits després de l'incident.
- **S'ha de garantir l'atenció i el suport a les persones supervivents del suïcidi** (familiars i referents propers, interns propers), així com als professionals vinculats de manera directa en el cas.

2. Objectius

Generals

- Disminuir la mortalitat per suïcidi²⁸.
- Augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida.
- Prevenir la repetició de temptatives.

Específics

- Impulsar i assegurar una atenció proactiva i adequada.
- Implantar un procediment homogeni d'actuació específica urgent.
- Assegurar unes condicions òptimes de seguretat.
- Vincular els casos de temptativa de suïcidi o de risc alt de suïcidi i fer-los un seguiment longitudinal durant dotze mesos per prevenir la repetició de temptatives, poder fer una reavaluació periòdica del nivell de risc i identificar senyals d'alerta i canvis en els factors de risc.
- Millorar la comunicació i coordinació intra i extrapenitenciària.
- Millorar la formació i capacitació dels professionals penitenciaris.

²⁸ Les polítiques de prevenció estableixen com a objectiu disminuir les morts per suïcidi. El Departament de Salut concreta aquest objectiu en la disminució d'un 10% de les morts per suïcidi el 2020

3. Promoció de la salut en la prevenció del suïcidi

En els centres penitenciaris s'han de dur a terme activitats divulgatives, d'informació i de formació psicoeducativa adreçades a la lluita contra l'estigmatització. S'entén per estigmatització el comportament discriminatori basat en falses creences i prejudicis, com ara “parlar obertament de suïcidi anima a portar-lo a terme”, “la persona que diu que se suïcidarà no ho fa”, “el suïcidi és imprevisible”, “la idea de suïcidi és permanent”, “el risc de suïcidi s'acaba després de la crisi suïcida”, “tots els suïcides tenen una malaltia mental”.

Per combatre aquests discursos erronis s'han de fer accions orientades a canviar-los amb contranarratives positives, com són:

- La prevenció és parlar del suïcidi obertament.
- La persona que diu que se suïcidarà ens mostra un senyal de risc.
- El suïcidi es planifica i, per tant, ens pot donar senyals d'alerta.
- La idea de suïcidi és temporal i, per tant, es pot superar.
- El risc de suïcidi és més alt en sortir d'una crisi.
- El suïcida no té per què ser un malalt mental.

(Vegeu **l'annex 2.**)

Aquestes activitats han d'anar adreçades a:

- Professionals en general.
- Població penal en general.
- Població vulnerable de risc de suïcidi.

Hi tenen cabuda les intervencions grupals adreçades a la població penitenciària en general i a les poblacions vulnerables sense risc o amb risc baix, en termes sanitaris, i també les activitats divulgatives per a professionals.

A aquests efectes, els centres penitenciaris han d'abordar:

| Què fer ? | Com fer-ho? | Qui ho fa? | | | |
|--|--|------------|----|-----|-----|
| | | EAPP | SM | RHB | FSI |
| Proporcionar als interns/es informació i educació sobre la prevenció del suïcidi. | Facilitar informació a l'ingrés: sessió formativa sobre la prevenció del suïcidi als programes d'acollida i lliurament del tríptic (annex 1). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Treballar els mites i les falses creences al voltant del suïcidi com a mínim en un dels subprogrames grupals d'intervenció del PMOC (annex 2). | | | ✓ | |
| | Educar sobre la importància d'informar si detecten un company/a amb un possible risc de suïcidi. | ✓ | | ✓ | |
| | Programar accions divulgatives i de formació per als interns el Dia Mundial per a la Prevenció del Suïcidi, el 10 de setembre. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Proporcionar als professionals informació i educació sobre la prevenció del suïcidi. | Sessions de sensibilització als diferents col·lectius. El Consell de Direcció ha de facilitar la programació anual a principis d'any. | ✓ | ✓ | | |

4. Detecció del risc de suïcidi

Qualsevol persona pot detectar un risc de suïcidi per qualsevol via. Tots els professionals han de mantenir una actitud receptiva, oberta i d'alerta cap al risc de suïcidi (disponibilitat cap a l'altre). Tots tenim un paper determinant en la detecció del risc de suïcidi d'un intern. Hi ha tres moments clau:

1. Detecció sistematitzada en el moment de **l'ingrés**.

- Valoració en tots els casos en el moment de l'ingrés al CP.
- Identificació de persones vulnerables.
- Valoració davant de situacions de canvi en persones vulnerables.

2. **Detecció espontània** durant l'internament, per l'aparició de variables sobrevingudes.

3. Detecció en els **trasllats i trànsits** d'un centre a l'altre, amb atenció especial a la coordinació i comunicació mitjançant la història clínica (eCAP, HC3) i altres (SIPC).

Per fer la detecció, cal conèixer els factors de risc, els punts d'inflexió, els senyals d'advertència i els factors de protecció de la conducta suïcida, recollits a **l'annex 3**.

Qualsevol detecció o sospita de risc de suïcidi s'ha de notificar verbalment i per escrit mitjançant un comunicat de fets informatius al cap de serveis (vegeu **l'annex 4**), el qual ha d'activar les mesures preventives adients i ho ha de notificar al director (vegeu **l'annex 5**, Elevació d'informació del cap de serveis al director) i als serveis sanitaris (ambdós annexos estan allotjats al SIPC).

Durant l'internament, l'eina RisCanvi ajuda a detectar el risc de suïcidi, atès que valora la violència autodirigida

Detecció del risc de suïcidi

Què fer?

Davant de qualsevol detecció o sospita, cal informar-ne el cap de serveis, que ha d'activar les mesures preventives adients i ho ha de notificar al director i als serveis sanitaris.

Com fer-ho?

Mitjançant el coneixement dels factors de risc, els punts d'inflexió, els senyals d'advertència i els factors de protecció de la conducta suïcida, que es poden identificar amb una actitud proactiva, a través de l'entrevista, l'anamnesi i l'observació. En cas de necessitat, es pot fer servir el qüestionari MINI (**annex 7**).

5. **Avaluació clínica del risc**

La conceptualització de les conductes suïcides s'ajusta a les definicions següents:

- Ideació suïcida: pensaments sobre el suïcidi (cognicions).
- Comunicació suïcida: acte interpersonal en què es transmeten pensaments, desitjos o intencionalitat d'acabar amb la pròpia vida. Hi ha dos tipus de comunicació suïcida:
 - Amenaça suïcida: acte interpersonal, verbal o no verbal, que podria preveure una possible conducta suïcida en un futur proper.
 - Pla suïcida: és la proposta suïcida d'un mètode amb el qual portar a terme una conducta suïcida potencial.
- Conducta suïcida: conducta potencialment lesiva i autoprovocada, en què hi ha evidència implícita o explícita que:
 - La persona desitja utilitzar l'aparent intenció de morir amb alguna finalitat.
 - La persona presenta algun grau d'intenció, determinat o no, d'acabar amb la seva vida.
- Autolesió / gest suïcida: conducta potencialment lesiva autoinfligida per la qual hi ha una evidència, implícita o explícita, que la persona no té la intenció de matar-se. La persona desitja utilitzar l'aparent intencionalitat de morir amb alguna finalitat. Aquest tipus de conducta pot no provocar lesions, provocar lesions o provocar la mort (mort autoinfligida no intencionada).

L'avaluació clínica del risc de suïcidi la fa inicialment el metge de l'equip d'atenció primària penitenciària (EAPP) i, en un segon nivell, el psiquiatre o psicòleg clínic de l'equip de salut mental del centre (ESM) (vegeu la figura 1), mitjançant la utilització d'instruments validats, escales, factors de risc i la impressió clínica.

El codi risc de suïcidi (CRS) recomana utilitzar la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI versió 5.0, validada en castellà l'any 2000). (Vegeu l'annex 7.)

El criteri clínic preval sobre la resta d'exploracions i és el que determina la gravetat del risc de suïcidi i el pla d'intervenció que s'ha de dur a terme.

Temptativa de suïcidi

A efectes d'aquest document, entenem per temptativa de suïcidi qualsevol comportament suïcida, incloses les intoxicacions voluntàries i les autolesions o les autoagressions, que tinguin una intencionalitat manifesta de causar la pròpia mort, sense aconseguir-ho.

Risc alt de suïcidi

Les persones amb risc alt poden presentar una probabilitat elevada de portar a terme una conducta suïcida. Cal considerar especialment que tenen un risc alt de suïcidi les

persones que recentment (durant el darrer mes) hagin planificat o intentat suïcidar-se. Cal explorar altres factors de risc i problemes de salut que poden contribuir a agreujar la conducta suïcida i que poden ser susceptibles de millora amb mesures preventives o terapèutiques.

Un risc alt comporta:

- Escala MINI ≥ 10 punts.
- Planificació d'una conducta suïcida.
- Tèptatives prèvies recents.

El metge de l'EAPP ha de **derivar el pacient al psiquiatre** sempre que hi hagi una **temptativa o un risc alt de suïcidi**.

Risc moderat de suïcidi

Les persones amb risc moderat podrien tenir una probabilitat moderada de dur a terme una conducta suïcida. Cal explorar altres factors de risc i problemes de salut que poden contribuir a agreujar la conducta suïcida i que poden ser susceptibles de millora amb mesures preventives o terapèutiques.

Un risc moderat comporta:

- Escala MINI de 6 a 9 punts.
- Pensament suïcida.
- No planificació de la conducta suïcida.

En casos de **risc moderat** es recomana la **valoració del psiquiatre**.

Risc baix de suïcidi

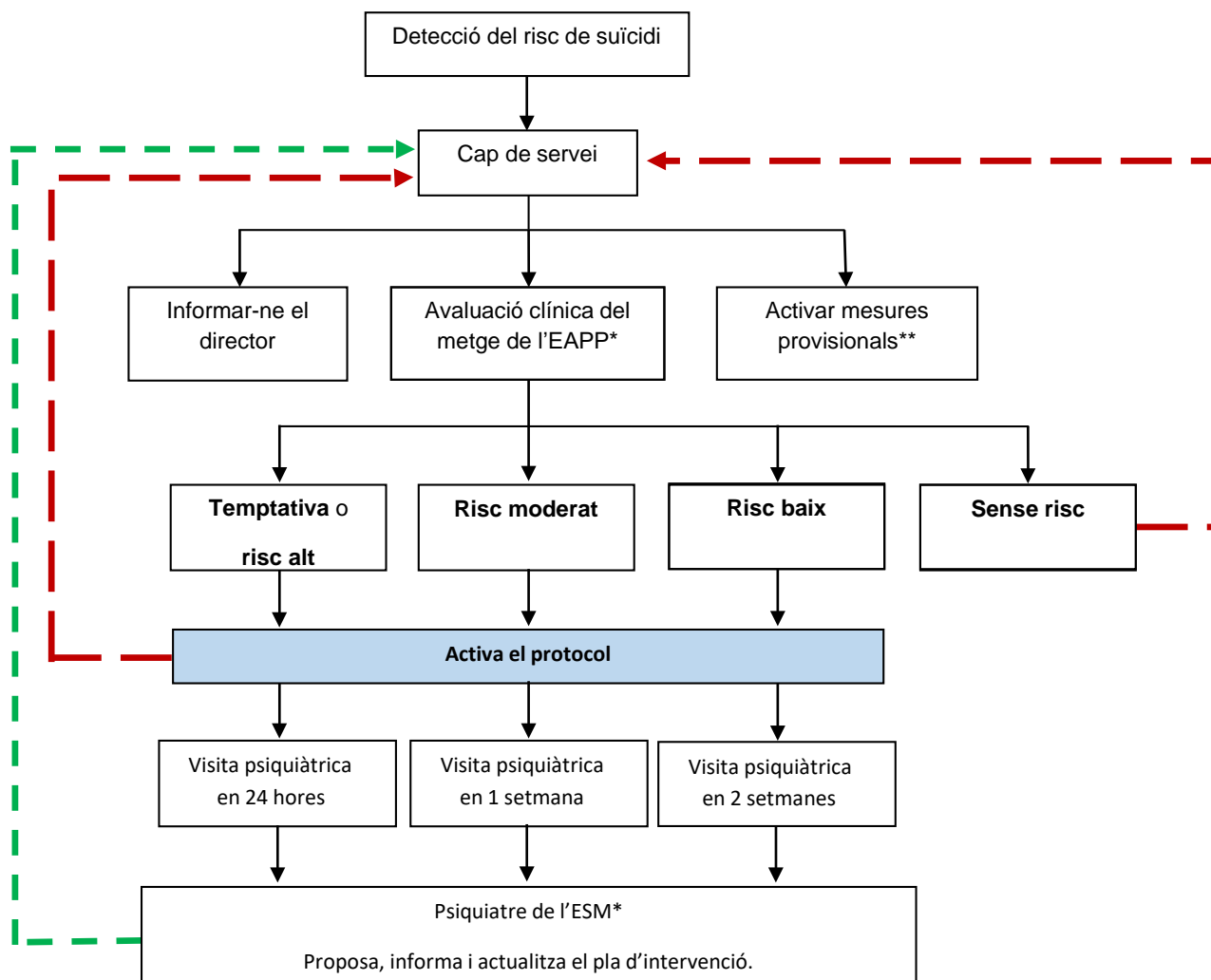
Les persones amb un risc baix tenen una probabilitat reduïda de portar a terme una conducta suïcida. Cal explorar altres factors de risc i problemes de salut que poden contribuir a agreujar la conducta suïcida i que poden ser susceptibles de millora amb mesures preventives o terapèutiques.

Un risc baix comporta:

- Escala MINI d'1 a 5 punts.
- Idees passives de mort.
- Desig de desaparèixer o de deixar de patir.

El **risc baix** comporta **consultoria** amb el psiquiatre. La consultoria i la derivació es justifiquen per la necessitat d'identificar un possible trastorn menta

Figura 1. Accions vinculades a l'avaluació del risc de suïcidi



* EAPP: equip d'atenció primària penitenciària. ESM: equip de salut mental.

** Per mesures provisionals s'entén: no deixar l'intern sol, garantir que estigui permanentment observat a la cel·la per un funcionari o una càmera i retirar els objectes amb els quals es pugui autolesionar

Qualsevol detecció o sospita de risc de suïcidi s'ha de notificar verbalment i per escrit al cap de serveis, mitjançant el Comunicat de fets informatiu (via SIPC), el qual ha d'activar les mesures preventives adients i notificar-ho al director i als serveis sanitaris.

L'EAPP ha d'activar el protocol davant de qualsevol tipus de risc (alt, moderat o baix) i had'indicar les mesures cautelars que cal prendre.

Les mesures cautelars són vigents un màxim de 72 hores o fins a la visita del psiquiatre.

En cas de risc baix, les mesures cautelars que cal prendre són les d'acompanyament o monitorització de senyals d'alerta i factors de risc.

6. Pla d'intervenció

El psiquiatre és qui elabora el Pla d'intervenció, que s'ha d'abordar posteriorment en les reunions de l'equip multidisciplinari. Les intervencions que recull el Pla d'Intervenció, pel que fa al tipus, el nivell assistencial implicat i la durada, estan determinades pel nivell de risc avaluat, la patologia mental subjacent i l'estat psicopatològic.

En l'atenció precoç, el maneig i el seguiment del risc de suïcidi, hi estan implicats els serveis de salut, de rehabilitació i d'interior. En relació amb els serveis de salut, el pes de la intervenció i del seguiment recau en l'equip d'atenció primària o de salut mental, segons el nivell de risc avaluat i l'evolució.

Amb relació a l'equip multidisciplinari, ha de conèixer el Pla d'intervenció, coordinar-se amb els serveis de salut i de règim interior, fer els seguiments que li han estat assignats i aplicar els programes corresponents.

Amb relació al personal d'interior, ha d'estar informat del Pla d'intervenció, conèixer les mesures de prevenció adoptades i les modificacions que s'hi facin. També ha de ser consultat per l'equip multidisciplinari per fer el seguiment del cas.

En la primera visita el psiquiatre elabora el Pla d'intervenció i el registra a la història clínica (eCAP) seguint el model de l'annex 14. El Pla té un temps de vigència màxima, transcorregut el qual se n'ha d'emetre un de nou. En funció del nivell de risc de suïcidi, la vigència màxima del Pla d'intervenció és de:

- 2 setmanes, en cas de risc moderat.
- 6 setmanes, en cas de risc baix.

El Pla d'intervenció i les actuacions de seguiment han de quedar registrades en suport informàtic (SIPC) i han de ser accessibles per a tots els professionals que hi estan implicats, de salut, rehabilitació i interior.

Les modificacions del nivell de risc de suïcidi o del Pla d'intervenció les ha de notificar el metge o el psiquiatre (segons correspongui) al cap de serveis, qui n'ha d'informar per escrit el director, mitjançant els comunicats informatius via SIPC. En el cas que hagi un canvi a risc alt, el cap de serveis, a més del comunicat per escrit, n'ha d'informar el director verbalment, via telefònica.

A continuació es detallen les freqüències mínimes de visites de seguiment que han de dur a terme els professionals de la salut, els equips multidisciplinaris i el personal d'interior, segons el nivell de risc de suïcidi (figura 2).

Figura 2: Freqüència mínima de visites de seguiment, en funció del nivell de risc de suïcidi.

| | Risc alt | Risc moderat | Risc baix | Seguiment de 12 mesos en cas de temptativa o risc alt* |
|----------------------|--------------------|--------------|-----------------------------|--|
| Metge | *** | Quinzenal | Mensual | Bimensual |
| Psiquiatre | Setmanal | Quinzenal | Segons el Pla d'intervenció | Segons el Pla d'intervenció |
| Psicòleg clínic | 2 cops per setmana | Setmanal** | | |
| Psicòleg del mòdul | | | Quinzenal | Mensual |
| Servei d'interior*** | Diària, per torn | Setmanal | Quinzenal | Segons el Pla d'intervenció |

*Aquest seguiment es justifica perquè hi ha un risc alt de presentar o repetir una temptativa. S'estableix un període de seguiment proactiu longitudinal durant dotze mesos, amb l'objectiu de mantenir una vinculació adequada que permeti dur a terme una avaluació periòdica del nivell de risc i identificar l'aparició de factors de risc i de senyals d'alerta.

** En cas de risc moderat, en la reunió de l'EMD s'ha de decidir per a cada cas si el seguiment l'ha de fer el psicòleg clínic o el de mòdul, en funció de la patologia subjacent o de la vinculació amb el professional. En cas d'un pacient amb una patologia complexa, el seguiment l'ha de fer el psicòleg clínic de l'equip de SM. La resta de casos l'ha de seguir el psicòleg de l'equip de RHB.

*** Registre escrit d'observació del servei interior: cal comunicar de manera immediata al cap del servei si s'observa algun senyal d'alerta ([annex 4](#)). En cas d'absència de senyals, cal deixar-ne constància mitjançant un registre escrit setmanal o quinzenal, segons si el risc és moderat o baix.

En el quadre 1 recollim algunes recomanacions en relació amb les possibles intervencions que s'han de dur a terme per a la prevenció del suïcidi.

Quadre 1. Possibles intervencions davant la temptativa o el risc de suïcidi

| Què fer? | Com fer-ho? | Qui ho fa? | | | |
|--|---|------------|----|-----|-----|
| | | EAPP | SM | RHB | FSI |
| Assegurar la supervivència | Atenció mèdica per assegurar la supervivència. | ✓ | | | |
| | Mesures de seguretat física i d'observació. | ✓ | ✓ | | ✓ |
| | Contenció mecànica (si escau). | ✓ | ✓ | | |
| | Contenció farmacològica (si escau). | ✓ | ✓ | | |
| Activació del PPS | Complementació dels registres a la HC eCAP i al SIPC. | ✓ | ✓ | | |
| Avaluació psiquiàtrica | Avaluació psiquiàtrica. | | ✓ | | |
| Pla d'intervenció | Registre i tramitació. | | ✓ | | |
| Tractament segons la patologia subjacent i les circumstàncies | Ingrés hospitalari (si cal), segons el circuit establert. | ✓ | ✓ | | |
| | Intervenció segons les patologies específiques. | ✓ | ✓ | | |
| | Intervenció dels professionals sanitaris. | ✓ | ✓ | | |
| | Intervenció del psicòleg clínic o de mòdul. | | ✓ | ✓ | |
| | Derivació al programa N'VIU. ² | | | ✓ | ✓ |
| Actuació i gestions de seguretat | Vigilància permanent de l'intern (presencial o amb càmera). | | | | ✓ |
| | Revisió acurada del pacient i de les seves pertinences (repetidament). | | | | ✓ |
| | Retirada d'objectes perillosos. | | | | ✓ |
| | Supervisió directa del pacient durant l'administració del menjar o en situacions d'autocura personal (higiene). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Promoció i facilitació de la presència d'un intern de suport (si no està contraindicat ^{3*}). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Informació a la resta de professionals del risc suïcida i d'altres riscos, si s'escau. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Monitorització de l'evolució de la ideació suïcida. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Atenció als pensaments referits pel pacient sense jutjar-los ni infravalorar-los. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Informació al pacient de les mesures adoptades i del pla terapèutic d'intervenció. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Intervencions psicosocials Mesures rehabilitació | Millora dels suports familiars i socials. Augment del seguiment individual. Augment de les activitats: esportives, culturals, creatives... Altres. | | | ✓ | ✓ |
| Registre de les actuacions de seguiment | Anotació als sistemes d'informació propis o compartits (SIPC; ECAP; HC3...). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Manteniment de la freqüència de seguiment segons el grau de risc (vegeu la figura 2). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

1 Programa N'VIU: Programa d'intervenció grupal psicoeducativa per a la prevenció de conductes autolesives en el medi penitenciari. Es tracta d'un programa basat en un model d'afrontament i adquisició d'habilitats. Consta de dotze sessions d'una hora i mitja de durada (mínim 1 sessió a la setmana). (Vegeu més informació sobre el programa a l'annex 9.)

2 Està contraindicat en cas que hi hagi un risc d'heteroagressivitat (de l'intern que té el risc d'autòlisi vers l'intern de suport).

| Què fer? | Com fer-ho? | Qui ho fa? | | | |
|-------------------------------|--|------------|----|-----|-----|
| | | EAPP | SM | RHB | FSI |
| Seguiment longitudinal | Actitud observadora i atenció a possibles canvis en els factors de risc, senyals d'alarma o situacions vitals estressants. (Vegeu l' annex 6 , Registre de l'observació de senyals d'alerta del suïcidi.) En cas de detectar alguna d'aquestes situacions, cal notificar-ho al cap de serveis (vegeu la figura de detecció). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Les modificacions del risc (i les modificacions en els plans d'intervenció) han de ser notificades pels serveis sanitaris al cap de serveis, qui n'ha d'informar el director (mitjançant els comunicats informatius via SIPC). Si el risc augmenta a risc alt, a part de notificar-ho per escrit, cal informar-ne verbalment, via telefònica, el director del centre o el comandament d'incidència.

Mesures per garantir la continuïtat assistencial

La sortida del centre d'un intern que té un protocol de prevenció de suïcidi actiu suposa una situació de consideració especial, ja que pot implicar un augment del risc de suïcidi i una discontinuïtat assistencial.

Els procediments de registre de les persones que tenen activat el protocol de prevenció de suïcidi han de facilitar una alerta en el moment de preparar la seva sortida del centre, de manera que les actuacions que s'han de dur a terme en cada cas puguin ser valorades pel servei sanitari.

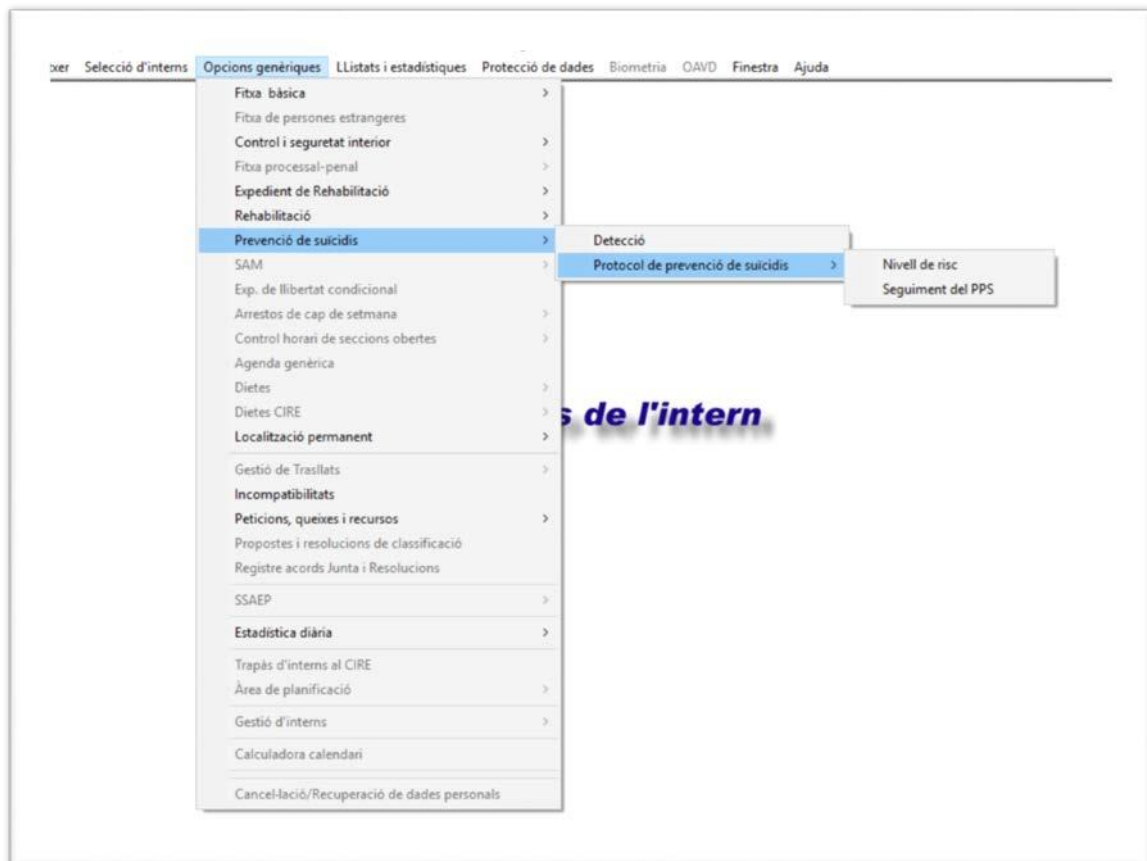
- **Traslats entre centres:** el centre d'origen ha de notificar la situació de l'intern al centre receptor, de manera que es puguin prendre les mesures preventives adients.
- **Sortides autoritzades amb força pública** (per exemple, sortides al jutjat, a l'hospital, enterraments, etc.): s'ha d'informar les forces de l'ordre que el pacient està en situació de vigilància especial perquè està en risc la seva pròpia seguretat.
- **Sortides (previstes a l'art 114, 115 i 117 del Reglament penitenciari):** s'han de valorar la reunió de l'EMD, amb la presència necessària d'algun membre de l'equip de salut mental.
- **Llibertat no programada** (per exemple, en el cas d'interns en situació de preventius): el metge ha de valorar la competència del pacient, l'estat clínic i el risc de suïcidi. En cas que es consideri una situació de risc alt, s'ha de valorar la indicació d'ingrés psiquiàtric en la xarxa convencional. En cas que es valori un risc moderat o baix se n'ha d'informar l'intern i, l'endemà, se n'ha d'informar els equips de salut mental, que hauran de vincular el pacient amb els serveis de salut mental de referència.

- **Llibertat programada:** cal procedir com en el cas de la no programada, però les actuacions de vinculació amb els recursos sanitaris de la xarxa convencional s'han de fer de manera programada, abans de la sortida, per tal d'afavorir la vinculació i la continuïtat assistencial.

En tots els casos, la informació clínica facilitada s'ha d'ajustar als principis d'adequació, pertinença i proporcionalitat; en el cas que ens ocupa, ha d'estar sempre al servei de la seguretat clínica de l'intern.

7. Coordinació i gestió de la informació

La **coordinació** entre els diferents professionals de l'àmbit d'execució penal és cabdal per a la prevenció i l'atenció de les conductes suïcides. Per tal de facilitar una **intervenció i atenció integrals**, cal que tots els professionals visualitzin una **alarma a la interfície del SIPC** per a tots els interns que es troben en el protocol de prevenció de suïcidis (PPS).



Ahora, s'ha d'habilitar un espai a SIPC⁴ que tingui dos nivells: el primer, obert a tots els professionals (que poden llegir-lo i introduir-hi informació), ha de permetre fer seguiment de totes les accions derivades de l'alta al PPS (derivacions, aspectes procedimentals, informació rellevant del cas...); el segon, restringit als professionals sanitaris, de salut mental psicòlegs de rehabilitació, ha de contenir la informació de l'evolució del cas. Els professionals de salut mental hi han de fer constar la data de la visita i han d'informar sobre l'estabilitat clínica o els canvis significatius de l'estat clínic, i si es manté o es modifica el Pla d'intervenció.

⁴ De manera provisional, fins que s'habiliti aquesta possibilitat, tota la informació dels casos del PPS s'ha d'allotjar a l'expedient de l'intern.

Els casos inclosos en el protocol de prevenció de suïcidis s'han de tractar en la reunió de l'EMD, per compartir i actualitzar la informació del Pla d'intervenció. La periodicitat de la revisió s'ha de fer en funció del risc: risc alt, setmanalment i risc moderat o baix, mensualment.

La informació compartida ha de ser **l'adequada, pertinent i no excessiva** en relació amb la finalitat de seguiment de la prevenció del suïcidi

8. Interns de suport

Una de les mesures de prevenció és l'assignació d'un intern de suport (IS) a la persona que té risc de suïcidi. Amb aquesta mesura s'assigna a la persona en risc un intern que voluntàriament li ofereix suport i acompanyament. Aquest acompanyament comporta que ambdós interns comparteixin la cel·la i algunes activitats. Els interns de suport han de ser seleccionats segons les seves competències i han de rebre formació i suport psicològic per part dels equips de rehabilitació.

S'estableix un protocol específic per posar en marxa aquesta mesura que, un cop desplegat, formarà part del Programa marc com a annex.

El suport i l'atenció entre iguals es preveu com una eina útil per detectar i prevenir situacions de risc de conductes autolítiques. Per això, el Programa marc preveu la formació d'un grup d'interns perquè puguin desenvolupar aquesta actuació amb els seus iguals.

9. Postvenció: minimització de l'impacte del suïcidi

La minimització de l'impacte del suïcidi té per objectiu millorar la capacitat d'adaptació, la resistència i les habilitats d'afrontament, i oferir suport a les persones afectades pel comportament suïcida: familiars dels interns, altres interns que hi conviuen i professionals.

Les estratègies per aconseguir-ho són:

- **El suport als interns.** Cal assegurar que els interns que estan significativament afectats per una mort per suïcidi disposin d'un espai i de l'oportunitat per parlar dels seus sentiments. Cal prestar-los assistència per entendre com se senten i, si és necessari, vincular-los a un major suport.
- **El suport als professionals de presons.** Una mort per suïcidi impacta directament en els professionals que treballaven amb aquella persona. Cada centre penitenciari ha de disposar d'un espai estructurat per poder ventilar emocionalment les qüestions que es deriven d'un fet tan tràgic (culpa, ràbia, tristesa...) i orientar les inquietuds i els dubtes que en un futur puguin generar malestar a l'equip o síndrome d'esgotament professional.
- **Informació a les famílies i persones properes.** Hi ha dos nivells d'intervenció en les famílies, segons si es tracta d'un intent de suïcidi no consumat o d'un intent consumat. En el primer cas (no consumat), s'ha de concertar una entrevista amb la família per informar-la de la situació que s'ha produït i de les mesures que s'han adoptat; la [Guia sobre prevenció del suïcidi per a persones amb ideació suïcida i familiars](#) pot ser una eina d'ajuda en l'àmbit del treball social, tot i que n'hi ha moltes d'altres que també poden ser d'interès: la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (www.fsme.es) ofereix material útil per a la prevenció, guies professionals, etc. Davant d'un suïcidi consumat, és **el director del centre qui ho ha de notificar a la família i l'ha de convocar per informar-la del fet luctuós**. S'ha de facilitar informació a la família sobre els moviments associatius de la xarxa comunitària que li puguin oferir suport.
- **Anàlisi dels suïcidis consumats.** L'anàlisi dels suïcidis consumats pretén establir mecanismes i processos que facilitin l'estudi de les morts per suïcidi i la implantació de millores en diferents àrees de l'organització.

S'ha de dur a terme en tres moments diferenciats: durant la reunió interna, la comuna i la directiva, i hi han de participar tots els estaments del centre penitenciari, els responsables i els membres de la comissió de seguiment de la prevenció de suïcidi.

Atesa la complexitat per obtenir informació rellevant un cop passat el temps, cal que el procés d'indagació analítica del succés fatídic comenci com més aviat millor.

Aquesta anàlisi s'ha de fer seguint els paràmetres que estableix l'[annex 12](#), Procediment per analitzar el suïcidi consumat.

10. La conducta autolesiva en el medi penitenciari

Les conductes autolesives es consideren fenòmens típicament comuns en la població penitenciària i en moltes ocasions són percebuts com una clara intenció de manipulació. No és infreqüent que l'intern vulgui cridar l'atenció mitjançant l'amenaça de suïcidi o, fins i tot, fingint-ne un intent per obtenir algun guany secundari. Es creu que de vegades els interns utilitzen les conductes autolesives per obtenir un control sobre l'ambient, com per exemple que se'ls transfereixi a un hospital o a un escenari menys restrictiu, o bé obtenir un benefici penitenciari.

Podem definir l'autolesió com qualsevol acte, el resultat del qual no és la mort, en què un individu, de manera deliberada i sense intervenció d'altres, es causa un dany físic o ingereix una substància en una dosi superior a la reconeguda com a terapèutica.

Hi ha autors que consideren que qualsevol intern que arribi a l'extrem d'amenaçar amb el suïcidi, o fins i tot que dugui a terme alguna conducta autolesiva, pateix, com a mínim, un desequilibri emocional pel qual hauria de rebre una atenció específica. Però la majoria de vegades aquestes situacions s'enfoquen com a simples intents de manipulació i, per tant, es considera que s'han d'ignorar i que no s'han de reforçar amb cap intervenció.

Tanmateix, no és infreqüent que un intent que s'ha considerat manipulatiu o fingit anticipi una mort per suïcidi. L'evidència indica que les conductes suïcides qualificades com a manipuladores comporten un risc més alt de suïcidi. Alguns autors criden l'atenció sobre l'efet que els interns considerats manipuladors poden tenir, a més, un potencial de suïcidi, ja que aquests dos grups no són mútuament excloents.

Malgrat que la solució no és fàcil, la qüestió crítica del tracte als interns que fan algun acte autolesiu amb la intenció d'obtenir un benefici o guany secundari no és com s'ha d'etiquetar la conducta, sinó com cal reaccionar-hi. La indiferència cap a aquest tipus de conductes autodestructives -per no parlar de l'aplicació en algunes ocasions de mètodes punitius, com són la segregació i l'aïllament- pot empitjorar el problema, ja que col·loca l'intern en una situació en què assumeix riscos cada vegada més dramàtics. Fins i tot l'ús de qüestionaris estructurats i objectius per detectar casos de simulació no ens en dona la certesa, en la valoració d'aquestes conductes, per la qual cosa hem d'extremar les precaucions a l'hora d'afirmar que un intern fingeix (o no) una malaltia mental, tenint en compte la imprecisió observada en estudis ben dissenyats.

Convé remarcar que qualsevol signe de suïcidalitat, com poden ser les amenaces verbals de suïcidi, els intents o les conductes autolesives, ha de ser objecte d'atenció i l'abordatge, qualsevol que sigui la forma de manifestació, hauria d'incloure un pla de tractament multidisciplinari que assumeixi la complexitat i la gravetat d'aquest fenomen. La resposta correcta és investigar els problemes de l'intern, en lloc de castigar-lo.

Aquesta atenció ha de començar a la pràctica informant de qualsevol autolesió el cap de serveis, els serveis sanitaris i l'EMD de referència de l'intern. En cas que s'estimi que hi ha un risc de suïcidi, s'ha d'activar el protocol previst en aquest Programa marc.

11. Poblacions amb necessitats diferenciades: joves, dones i transgènere

La intervenció en la prevenció del suïcidi s'ha d'adaptar als requisits específics dels diferents perfils de població penitenciària, especialment pel que fa als joves, a les dones i als transgènere.

En els **joves**, cal adaptar la intervenció a les necessitats d'educació, d'activitat física o de gestió del temps, entre d'altres, que té aquest col·lectiu en aquesta etapa del cicle vital.

Es constata que hi ha un percentatge superior de casos en joves sense suport o vincle familiar; també en els que tenen antecedents disciplinaris o legals i en els que pertanyen a un nucli familiar amb algun problema psicopatològic.

Una vida familiar conflictiva, deteriorada o desestructurada pot ocasionar sentiments de desesperança i pèrdua de control que poden abocar al rebuig i a l'abandonament familiar. Un factor també cabdal és el fet que el jove hagi patit abusos de companys o d'adults, o que tingui o hagi tingut conflictes d'identitat sexual al llarg del temps.

Altres factors que influeixen en els actes o intents suïcides dels joves poden estar relacionats amb el fet que alguna figura molt destacada, rellevant i de tracte proper al jove s'hagi suïcidat. Un altre factor que hi influeix és el fet d'haver patit alguna situació humiliant, com són el fracàs acadèmic o laboral, els conflictes de caire interpersonal amb una parella romàntica o la seva pèrdua.

La incapacitat per fer front als reptes acadèmics, els conflictes de gènere, les tensions vitals i les situacions relacionades amb la baixa capacitat de resolució de problemes aboquen a un sentiment de baixa autoestima.

L'orientació dels joves amb risc suïcida s'ha de centrar en el tractament cognitiu conductual i s'ha de posar èmfasi en la capacitat per afrontar els problemes. Una intervenció eficaç ha d'aconseguir que el jove assolixi un cert nivell d'autocomprensió, que identifiqui els sentiments conflictius, que augmenti l'autoestima i que canviï el comportament d'inadaptació, i l'ha de capacitar per resoldre conflictes i per adquirir unes pautes d'interacció efectiva amb els companys.

Les **dones** representen una proporció minoritària de la població penitenciària, actualment al voltant del 7 %. D'altra banda, els trets i les necessitats de les internes són diferents dels de la població masculina.

Aquest col·lectiu requereix ser abordat amb un tipus d'intervenció que tingui en compte la perspectiva de gènere. Així doncs, l'organització i l'atenció professional a les dones ha de tenir en consideració els requeriments especials de salut, les condicions de vida, els interessos, els factors socials i els possibles antecedents de victimització en delictes violents que estan presents de forma prevalent en aquest sector de la població.

D'altra banda, en accedir a les dones, cal tenir una cura especial a garantir la igualtat d'oportunitats en l'accés a l'educació, la cultura i l'atenció psicosocial, per evitar qualsevol tipus de discriminació per raó de gènere.

Malgrat que la gran majoria dels suïcidis als centres penitenciaris són perpetrats per homes, les dones que són a la presó també tenen un risc alt de suïcidi. Les internes en espera de judici ho intenten amb molta més freqüència que les dones no recluses i que els homes interns.

Encara que calen més perfils de riscos específics y diferenciats per a dones en espera de judici o ja jutjades i sentenciades, es constata que, en general, totes tenen poc suport social i familiar, conductes suïcides, antecedents de malaltia psiquiàtrica i problemes emocionals. Això fa que, si escau, hagin de rebre una atenció especial i s'hagin d'incloure en els programes de prevenció de suïcidi.

Pel que fa a la **població transgènere**, cal recordar que de vegades les conductes trànsfobes poden desembocar en una situació d'assetjament en què poden confluïr sentiments de baixa autoestima, patiment, solitud, disfòria (ansietat), depressió, símptomes psicossomàtics, abandonament acadèmic, automarginació, manca de referents, vulnerabilitat individual enfront de malalties de transmissió sexual (MTS) i risc de suïcidi, entre d'altres.

Cada vegada hi ha més evidència que els joves que lluiten amb qüestions de sexualitat i que s'enfronten a la identitat de gènere tenen un risc més alt de suïcidi i d'autolesionar-se.

Aquesta qüestió encara no ha estat explorada suficientment des d'una perspectiva qualitativa.

Diversos estudis coincideixen a assenyalar que els joves LGBTI han tingut, de manera contínua o per períodes, sentiments de culpa, autorebuig, tristesa, aïllament, depressió, ideació suïcida i intent de suïcidi. Els resultats mostren que la conducta suïcida i els símptomes associats a la depressió i l'ansietat han estat els problemes de salut mental més importants dels entrevistats en el seu procés de construcció de la identitat per orientació sexual.

12. El programa de prevenció de suïcidis en medi obert

La prevenció del suïcidí en medi obert ha de seguir les accions derivades del Programa marc de prevenció de suïcidis. Però aquests centres tenen algunes particularitats que caltenir presents i que són les següents:

- Els centres oberts **no disposen de cap de serveis**, fet pel qual qualsevol informació verbal o escrita de presència d'un indicador de risc s'ha d'adreçar al CRIMO o a la personadelegada (comandament d'incidències). Posteriorment, sempre se n'ha de trametre un informe escrit al director del centre.
- Davant de qualsevol **emergència, cal avisar el 112**.
- Tal com determina el model de rehabilitació de les presons catalanes, la intervenció en medi obert es caracteritza per la **continuitat assistencial**, que comporta l'atenció tant en la xarxa externa com en el règim ordinari.
- Cal **estar atents als senyals de risc i als punts d'inflexió (annex 3) dels interns que ingressen al centre obert, especialment si han presentat conductes autolítiques en el règim ordinari**, ja que els estressors inherents a l'adaptació al medi obert poden generar noves crisis suïcides (adaptació a noves situacions, com són la recerca de feina, l'atenció a la vida familiar, si se'n té, el compliment dels horaris laborals i de pernoctació, les dificultats econòmiques, els desplaçaments...).
- En cas d'activació del **Codi Risc de Suïcidí**, els professionals de l'àmbit penitenciari han de col·laborar amb les indicacions que s'hi expliciten.
- De manera complementària a allò que es fa en la comunitat, el psicòleg, especialment, o qualsevol professional del centre obert han d'oferir suport i assessorament al pacient i han de practicar l'escolta activa, tal com recullen els annexos d'aquest Programa.
- En relació amb la prevenció universal, es recomana fer accions informatives al centre obert coincidint amb el Dia Mundial per a la Prevenció del Suïcidí, el 10 de setembre.

13. Aspectes organitzatius. Consideracions generals

Cada centre penitenciari ha de tenir un protocol d'aplicació d'aquest Programa marc. Dinsd'aquest protocol s'han de recollir els procediments de funcionament intern i els aspectes organitzatius necessaris per al seu desenvolupament. Les modificacions que es facin als diferents centres han de ser revisades i ratificades per la Comissió de Seguiment del Programa de prevenció de suïcidis, abans de ser implementades.

Mesures preventives materials i arquitectòniques

Dintre de les mesures que s'han d'aplicar per evitar l'èxit d'un intent de suïcidí per part d'un intern hi ha la possibilitat d'aïllar l'intern en una cel·la o habitació que estigui permanentment vigilada. Per assegurar que aquesta observació es pugui fer de manera adient i eficaç, aquestes cel·les o habitacions han de complir els requeriments arquitectònics i tècnics següents:

- Ha de ser una cel·la individual i climatitzada.
- Ha de tenir la dotació següent: llit fix a terra, matalàs de difícil esquinçament, lavabo irentamans amb mesures de seguretat.
- Les finestres no han de ser practicables i no han de tenir mànec o altres components que permetin lligar-hi cordes o altres elements.
- Ha de tenir càmera de videovigilància i so.
- Els accessos a la cel·la, als passadissos o als patis han de disposar d'elements que evitin la precipitació de l'intern.

Respecte dels mitjans materials i de gestió, s'ha de tenir present que:

- S'ha de retirar de la cel·la o habitació qualsevol element o estri que l'intern pugui fer servir per autolesionar-se.
- S'ha d'escorcollar integralment l'intern en el moment en què ocupi la cel·la o l'habitació i se li han de retirar totes les pertinences. En cap concepte no pot disposar de cinturons, cordons de sabates, encenedors o qualsevol altre element que sigui potencialment autolesiu.
- S'ha de dotar l'intern de roba de llit i vestuari d'un material que en dificulti l'ús com a element autolesiu: roba de paper o similar.
- Durant els àpats, s'ha de vetllar perquè l'intern no faci mal ús dels estris, coberts o restes del menjar.

14. Seguiment i avaluació

Encara tenim poca evidència científica sobre els programes més eficaços de prevenció delsuïcidi. Per aquest motiu les propostes d'abordatge d'aquest fenomen han de ser obertes i, en gran part, han d'anar adreçades a augmentar el coneixement de les conductes suïcides en el nostre entorn i l'eficàcia de les accions de prevenció.

Es considera necessari fer un seguiment de l'adequació dels processos d'avaluació del risc, la coordinació establerta entre tots els agents, la formació que s'ofereixi als professionals i les accions de sensibilització realitzades.

Per aquest motiu, es proposa la creació d'una **Comissió Tècnica**, els professionals de la qual han de ser designats per la Comissió de Seguiment de l'Acord de coordinació entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut per al desenvolupament d'un programad'atenció a la salut mental i les addiccions en el marc de les actuacions dels serveis d'execució penal a Catalunya.

Els objectius de la Comissió Tècnica són:

- Fer el seguiment de:
 - Les activitats que s'hagin dut a terme en els centres penitenciaris per aplicar i desenvolupar el Programa marc de prevenció de suïcidis.
 - Les dades disponibles referides a les conductes suïcides.
- Revisar i avaluar la coordinació que s'hagi establert en els casos tractats de conductes de risc i conductes suïcides.
- Valorar el seguiment dels protocols.
- Elaborar propostes d'activitats per a l'any següent.

A més a més, cada centre penitenciar ha d'eleva a finals d'any una memòria amb l'informació sol·licitada a l'[annex 13](#).

15. Bibliografia consultada

- Declaració universal dels drets humans, de 10 de desembre de 1948; Conveni per a la salvaguarda dels drets humans i de les llibertats fonamentals, de 4 de novembre de 1950; article 10 del Pacte internacional de drets civils i polítics, de 16 de desembre de 1966.
- Anseán A (dir.). Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. 2a edició, revisada.
- Codi risc de suïcidi. Criteris bàsics d'actuació assistencial. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya.
- Correctional Suicide Prevention Framework. Working to prevent prisoner and offender suicides in Victorian correctional settings. Justice Health. 2015.
- Daniel AE. Preventing suicide in prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff. The Journal of American Academy of Psychiatry and the Law. 2006.
- Fernández García-Andrade R, Pera Bajoc FJ, Fernández Rodríguez E. La valoración del riesgo autolítico y sus repercusiones médico-legales. Revista Española de Medicina Legal. 2012.
- Gómez A. Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. Revista Médica Clínica Las Condes; 2012.
- Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Guía de práctica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de la Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). 2011. Guía de práctica clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Guidelines for the Prison Administration and Prisons on Prevention of Suicidal Behaviour. The Latvian Prison Administration. Criminal Justice Programme of the European Union. 2016.
- Descriptors estadístics dels serveis penitenciaris. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. Disponible a: www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/1_pob.html.
- Suïcidis. Per sexe i províncies. Institut d'Estadística de Catalunya. Disponible a: www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616.
- Programa marco de prevención de suicidios. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2005.
- Jiménez Pietropaolo J, Martín Ulloa S, et al. Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales. Comunidad de Madrid. 2016.

- Jiménez Pietropaolo J, Martín Ulloa S, et al. Guía de autoayuda. Prevención del suicidio ¿Qué puedo hacer? Comunidad de Madrid. 2014.
- Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Science Direct. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition). 2012.
- Knoll J. Suicide in Correctional Settings: Assessment, Prevention, and Professional Liability. Journal of Correctional Health Care. 2010.
- Marzano L, Fazel S, et al. Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case-control study. The British Journal of Psychiatry. 2010.
- Recomendaciones para desarrollar un plan de actuación para la prevención del suicidio. Red Soma&Psy. 2016
- Peiró Gomez A, Andreu Ballester JC. Algoritmos de medicina de urgencias.
- Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. OMS. 2007.
- Prevención del suicidio. Recurso para consejeros. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Trastornos Mentales y Cerebrales. OMS. 2006.
- Prevención del suicidio. Un instrumento para los médicos generalistas. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. OMS. 2000.
- Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. OMS. 2000.
- Preventing suicide. A global imperative. OMS. 2014.
- Programa marco de prevención de suicidios. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2014.
- Protocol de prevenció de conductes autolítiques. CP Brians 2
- Oto M (coord.). Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas. Gobierno de Navarra. 2014.
- Rangel Garzón CX. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. 2015.
- Recomanacions als mitjans audiovisuals sobre el tractament informatiu de la mort per suïcidi. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i Consell de l'Audiovisual de Catalunya. 2016.
- Rey Lede MM, López Capdevila JM, et al. Els factors de risc de la conducta violenta autodirigida greu en l'àmbit penitenciari. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Departament de Justícia. 2015.

- Saavedra J, López M. Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2013.
- Viure és l'eixida. Pla de prevenció del suïcidi i maneig de la conducta suïcida. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. 2017.

16. Annexos

Annex 1. Tríptic preventiu del suïcidi per donar en el programa d'acollida

Annex 2. Sessió de promoció i prevenció del suïcidi per inserir en subprogrames PMOC de l'itinerari estàndard

Annex 3. Factors de risc, punts d'inflexió, senyals d'advertència i alarma, i factors de protecció de la conducta suïcida per als interns

Annex 4. Comunicat informatiu al cap de serveis

Annex 5. Elevació d'informació del cap de serveis al director

Annex 6. Registre d'observació de senyals d'alerta de suïcidi per al personal d'interior

Annex 7. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Annex 8. Model d'informe d'activació o modificació del protocol de suïcidis

Annex 9. Programa N'VIU: Programa d'intervenció grupal psicoeducativa per a la prevenció de conductes autolesives en el medi penitenciari

Annex 10. Sol·licitud d'admissió al programa N'VIU Annex 11. Notificació de baixa del programa N'VIU Annex 12. Procediment per analitzar el suïcidi consumat

Annex 13. Estàndards de qualitat en la prevenció del suïcidi Annex 14. Pla d'intervenció en la prevenció del risc de suïcidi

Annex 1. Tríptic preventiu del suïcidi per donar en el programa d'acollida⁵



*Aunque sientas tristeza,
desesperanza, culpabilidad,
cansancio, apatía...*

*En el centro penitenciario
encontrarás ayuda.*

*Hay profesioanles dispuestos a
escucharte.*

*En el centro hay actividades que te
pueden ayudar a vivir este momento
de forma diferente.*

¡Conéctate, no estás solo!

Algunos mitos sobre la ideación suicida

*Mito 1 "La persona que se quiere suicidar,
no lo dice". Evidencia: de cada diez
personas que se suicidan, nueve lo
expresan claramente. Sólo un escaso
número de suicidios se producen sin
aviso.*

*Mito 2 "El suicidio es impulsivo y la
mayoría de los suicidas, no avisa".
Evidencia: el suicidio puede ser el
resultado de un acto impulsivo repentino
o de una planificación cuidadosa. En
ambos casos, casi siempre existen signos
directos o indirectos, verbales o no
verbales, pistas o advertencias de riesgo
suicida.*

*Mito 3 "Sólo las personas con problemas
graves se suicidan". Evidencia: el suicidio
es multicausal. Muchos problemas
pequeños pueden llevar al suicidio,
además para lo que para uno es algo
nimio, para otros puede ser catastrófico.*

*Mito 4 "Preguntar a una persona si está
pensando en suicidarse, puede incitarle a
hacerlo". Evidencia: está demostrado que
preguntar y hablar con la persona sobre
la presencia de pensamientos suicidas,
disminuye el riesgo de cometer el acto.*



**NO ESTÁS
SOLO**

*CP Brians 1
08635 Sant Esteve Sesrovires,
Barcelona*

⁵ Podeu sol·licitar la plantilla d'aquest tríptic a la Unitat de Programes d'Intervenció Especialitzada per adaptar-la al centre penitenciari on trebal·leu.



La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) identifica en 2013 tanto al suicidio y a sus intentos como uno de los problemas más graves que pueden afectar a las personas.

El suicidio aparentemente se nos presenta como una solución permanente ante un intenso dolor emocional, mental y/o físico temporal, a para las relaciones interpersonales disruptivas. Aunque no lo parezca, muchas veces la desesperanza, el dolor y el vacío son estados temporales, no permanentes.

La mayoría de las personas que piensan en suicidarse realmente no quieren morir; lo que desean es liberarse de la circunstancias intolerables de su vida y del sufrimiento emocional, mental y físico que sienten. Es por ello, que casi siempre viven en una constante ambivalencia entre razones para vivir frente a razones para morir; y es la conducta suicida la única alternativa que ve

«Aunque no lo parezca, muchas veces la desesperanza, el dolor y el vacío son estados temporales, no permanentes.

El suicidio puede ser el resultado de un acto impulsivo repentino o de una planificación muy cuidadosa. La impulsividad necesaria para el acto no persiste indefinidamente (no hay que desesperarse, ya que normalmente la persona no tiene la idea permanentemente en su cabeza).



¿Cómo puedo pedir ayuda?

Explica de manera sincera como te sientes a cualquier profesional del centro con el que te estés cómodo.

Puede ser el educador, psicólogo, jurista, trabajador social, médico, psiquiatra, enfermero, funcionario de vigilancia...

Escucha lo que te sugieran y acepta la ayuda que puedan darte

Annex 2. Sessió de promoció i prevenció del suïcidi per inserir en subprogrames PMOC de l'itinerari estàndard

Cal que aquesta sessió es faci en un **espai segur i de confiança**, per compartir idees, creences i experiències sobre el suïcidi.

S'aconsella observar la comunicació verbal i no verbal dels interns, ja que s'hi poden **detectar** subjectes vulnerables.

Per enriquir la sessió, **es poden convidar recursos comunitaris** experts en la matèria per ampliar la informació que s'ofereixi (consulteu a la Unitat de Programes Generalistes o Especialitzats els recursos amb els quals ja manté contacte la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la Direcció General de Serveis Penitenciaris).

Desmuntant mites i prejudicis sobre el suïcidi

Breu introducció/resum de la sessió

En aquesta sessió volem que els participants entenguin que es pot parlar del suïcidi, que volem que deixi de ser un tabú en la nostra organització. Per fer-ho, es proposa treballar mitjançant el joc, els mites i els prejudicis sobre el suïcidi. Finalment, s'informa sobre els recursos que hi ha al centre per donar suport en cas que algun intern presenti ideació suïcida. El missatge clau és que no estan sols i que poden demanar ajuda.

Objectius

Els participants han de:

- Comprendre que es pot parlar del suïcidi obertament.
- Millorar els seus coneixements sobre el suïcidi, ja que això revertirà en ells mateixos i pot millorar la possible detecció de companys amb ideació suïcida.
- Visualitzar el mapa de recursos de què disposa el centre en cas que presentin ideació suïcida.

Desenvolupament

a) Introducció

És una realitat que el suïcidi és un tabú, sigui per les nostres arrels cultural, sigui perquè socialment no se'n parla. El fet és que el tabú genera desinformació i, com a conseqüència, es generen mites i falses creences que no tenen res a veure amb la realitat. En la majoria dels casos, els tabús només porten a l'estigmatització, la por, la vergonya i la pressió social. Només és possible trencar aquesta cadena a través de la informació.




b) Desenvolupament

Per oferir informació que afavoreixi la consciència del suïcidi, es proposa treballar els mites i prejudicis al voltant d'aquesta qüestió.

Podem conduir aquesta activitat de diverses maneres. Proposem aquestes dues:

Proposar al grup que enumeri els mites o idees que hi ha sobre el suïcidi i aportar informació per trencar amb aquests mites. Si cal, podem fer servir la guia que hi ha més endavant, per no oblidar cap informació important. Possibles preguntes a fer: "Creieu que hi ha mites al voltant del suïcidi?" "Quines idees giren al voltant del suïcidi?" "Que en penseu vosaltres, del suïcidi?" "Està socialment acceptat?" "Creieu que tot el que se'n diu és cert?"

Jugar a vertader o fals amb els mites utilitzant les fonts que us recomanen a continuació:

| | | |
|---|----------|--|
|  | fals | La persona que diu que se suïcidarà és la que no ho fa. |
| | verdader | De 10 persones que se suïciden, 8 han advertit clarament de les seves intencions als qui l'envoltaven. |
|  | fals | El suïcidi és sempre imprevist. |
| | verdader | Les persones que se suïciden donen pistes i advertències sobre les seves intencions. |
|  | fals | La gent que se suïcida està completament decidida a morir. |
| | verdader | La majoria de les persones que se suïciden estan indecises sobre si viure o morir. De vegades, juguen amb la mort per canviar la vida buscant l'ajuda dels altres. |
|  | fals | Una persona que es vol suïcidar es voldrà suïcidar sempre. |
| | verdader | Els individus que es volen suïcidar són suïcides durant un determinat període de temps, malgrat que l'impuls es pot repetir. |
|  | fals | Una millora després d'una crisi suïcida vol dir que el risc de suïcidi ha finalitzat. |
| | verdader | Amb freqüència, els suïcidis tenen lloc durant els 3 mesos següents al període de millora, quan l'individu té l'energia per dur a terme els seus pensaments. |
|  | fals | Els suïcidis són més freqüents en els rics; o, al contrari, els cometent gairebé exclusivament els pobres. |
| | verdader | El suïcidi està representat proporcionalment entre tots els nivells de la societat. |
|  | fals | El suïcidi és una cosa que ve de família. |
| | verdader | El suïcidi no és només genètic, sinó que també està influït per factors individuals i ambientals. |
|  | fals | Tots els individus suïcides estan mentalment malalts. |
| | verdader | El suïcida no ha de ser necessàriament un desequilibrat mental. |

Trobareu aquest material i d'altre a l'enllaç següent: www.suicideoprevencion.com

c) Tancament

Explicar:

Mapa de recursos que hi ha al centre per abordar la conducta suïcida.

A quin professional han de demanar ajuda i de quina manera ho han de fer, per a un mateix o per als altres.

Un altra activitat interessant per dur a terme en grup és la visualització de vídeos i el col·loqui posterior. Us facilitem els documentals següents:

La muerte silenciada. Documentos TV. TVE

www.rtve.es/alacarta/videos/documentos-tv/documentos-tv-muerte-silenciada-suicidio-ultimo-tabu/1692885/

Suicidios, la ley del silencio. Informe Semanal. TVE

www.rtve.es/alacarta/videos/informe-semanal/informe-semanal-suicidios-ley-del-silencio/1376327/?s1=noticias&s2=informe-semanal

El suicidio se puede evitar. Redes. TVE

www.redesparalaciencia.com/1761/redes/2009/redes-48-el-suicidio-se-puede-evitar

Jon Sistiaga. *Tabú. Y al final, la muerte*. Capítol 3: *Huida* (1/3).

YouTube youtu.be/L-z-Cz0R5w4

Jon Sistiaga. *Tabú. Y al final, la muerte*. Capítol 3: *Huida* (2/3).

YouTube youtu.be/9qeiiGMv0MQ

Jon Sistiaga. *Tabú. Y al final, la muerte*. Capítol 3: *Huida* (3/3).

YouTube youtu.be/2PAzMFArmPQ

Annex 3. Factors de risc, punts d'inflexió, senyals d'advertència i alarma, i factors de protecció de la conducta suïcida per als interns

El suïcidi no té una causa única, és un fenomen que respon a una interacció complexa de factors biològics, genètics, psicològics, socials, culturals i mediambientals. Conèixer i avaluar aquests factors ens ajuda a predir el risc de suïcidi.

Tots els professionals han de tenir coneixement de les variables més rellevants a l'hora de definir un perfil de risc de conductes autolítiques.

Factors de risc

Factors biològics, genètics i psicològics

- Sexe: tot i que es produeixen més temptatives en les dones, la mortalitat per suïcidi és tres vegades superior en els homes, atès que solen utilitzar mètodes més letals.
- Edat: el nombre més gran de defuncions per suïcidi es produeix en persones de 45 a 54 anys; però, en termes relatius, el risc és més alt en adolescents i en persones grans.
- La presència de trastorns mentals, especialment la depressió i els trastorns per consum d'alcohol, esdevenen els principals factors de risc, seguits pel trastorn límit de personalitat i l'esquizofrènia. El risc és més alt en les fases primerenques de la malaltia, després de l'alta d'un ingrés psiquiàtric, i a l'inici de la fase de milloria clínica.
- Temptativa prèvia de suïcidi.
- Antecedents familiars de suïcidi.
- Sentiment de desesperança.
- Impulsivitat, agressivitat, nivell de consciència alterat.
- Consum de substàncies.
- Rigidesa de pensament.
- Dificultat en la resolució de problemes.

Esdeveniments vitals greus

- Antecedents d'esdeveniments vitals traumàtics (*life events*): maltractament sexual, físic o psicològic, abandonament i altres experiències traumàtiques.
- Discapacitat per malaltia física, amb limitació funcional greu o dolor crònic.
- Mort o malaltia greu de persones significatives per al pacient.
- Estressors recents greus: atur, problemes de parella, separació recent, etc.

Factors socials, culturals i mediambientals

- Viure sol.
- Suport familiar insuficient o inadequat.
- Estat civil: solter o divorciat.
- Manca de xarxa social.
- Problemes socials (socioeconòmics, aïllament...).
- Accessibilitat a mitjans letals (medicació letal, objectes tallants, punts d'ancoratge, etc.).

Factors penitenciaris

- Primer ingrés.
- Sentència de llarga durada.
- Delictes contra les persones, llibertat sexual i violència familiar.
- Ressò en els mitjans de comunicació (premsa, TV, radio...).
- Pèrdua de lligams familiars i medi social.
- Canvis en la situació processal i penitenciària (notificació d'una resolució judicial molt desfavorable o coneixement de la decisió de repatriació o expulsió del país).
- Intent greu de suïcidi o suïcidi consumat d'un company.
- Separació del company, grup o sanció.
- Canvi o trasllat de centre.
- Ubicació en cel·les d'aïllament o individuals.
- Conflictes, intimidació i victimització dins de la presó.

Senyals d'alerta

Conjunt de situacions que aconsellen fer una observació més acurada:

- Notificació de sanció.
- Modificació de la situació de compliment.
- Canvis en la conducta (tristor, aïllament, agressivitat no habitual...).
- Regalar les pertinences o lliurar altres coses que anteriorment s'apreciaven molt.
- Canvis en el comportament i en les rutines (especialment si tenen relació temporal amb diligències judicials o comunicacions).

- Aspecte trist (plor) o deixat.
- Irritabilitat no habitual.
- No participació en les activitats de la manera habitual.
- Manifestació de sentir-se malament, que no pot amb les coses que li passen, que és una càrrega per a la família, que se sent culpable, amb desesperança.
- Descobriments de material indicatiu d'intencionalitat suïcida.
- Algú altre comenta que ha expressat idees de mort.
- Expressió d'ideació suïcida o amenaça d'autolesions.

Factors protectors

Factors de protecció psicològics

- Bona salut mental.
- Bona salut física.
- Seguretat física i emocional.
- Autoestima, autoimatge i autoconfiança.
- Capacitat d'adaptació a les noves situacions.
- Capacitat d'afrontament de situacions adverses.
- Habilitat en la resolució de conflictes o problemes.
- Habilitats per a les relacions socials i interpersonals (bona capacitat de comunicació).
- Tenir fills, especialment en les dones.

Factors de protecció socials o mediambientals

- Suport familiar i social (amb força i qualitat). Entorn de vida segur.
- Integració social (sentit de la connexió social).
- Creences i pràctiques religioses, espiritualitat o valors positius (actitud positiva davant la vida; sentit positiu d'un mateix).
- Valors culturals i tradicionals.
- Tractament i seguiment psicoterapèutics de llarga durada en persones amb trastorns mentals o addiccions.
- Poca exposició als factors d'estrès social i mediambiental.

Annex 4. Comunicat informatiu al cap de serveis



Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia
**Secretaria de Mesures Penals,
Reinserció i Atenció a la Victima**

Comunicat informatiu al cap de serveis

Centre penitenciari

Número d'identificació dels funcionaris que subscriuen el comunicat

Torn

Mòdul / Departament

Lloc, dependència o cel·la

Us informem dels fets que es descriuen a continuació.

Informe

Signatura
dels funcionaris

Data

JSP/MS/2

Annex 5. Elevació d'informació del cap de serveis al director



Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia
**Secretaria de Mesures Penals,
Reinserció i Atenció a la Victima**

Elevació del cap de serveis a Direcció sobre indicadors de detecció de risc de suïcidi

Centre penitenciari

NIP del/de la cap de serveis

Tom

Intern/a

Mòdul o departament

Lloc, dependència o cel·la

Us elevo el comunicat de fets adjunt, respecte del qual emeto l'informe que consta a continuació.

Informe

Signatura
del/de la cap de serveis

Data

10/01/2017

Annex 6. Registre d'observació de senyals d'alerta de suïcidi per al personal d'interior

Període observat: del ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Senyals d'alerta observats:

Canvis en el comportament i en les rutines després d'una notificació de sanció, notificació de regressió de grau, denegació del permís de sortida, modificació de les dates de compliment, sortida a judici o diligència judicial.

Especifiqueu-ne quina: _____

Canvis en el comportament després d'una comunicació (vis a vis o trucada telefònica).

No participa en les activitats de la manera habitual.

Manifesta que se sent malament, mostra malestar generalitzat.

Presenta un aspecte descuidat, està més trist, s'aïlla, està irritable.

Ha canviat els hàbits alimentaris, no menja amb la resta, puja sol a la cel·la, no menja...

Se sent culpable i desesperançat.

Ha regalat les seves pertinences.

Ha expressat ideació suïcida o ha amenaçat amb autolesionar-se.

S'ha descobert entre les seves pertinences material indicatiu d'intencionalitat suïcida.

Ha deixat de disposar de mitjans econòmics (no té ingressos).

No s'ha observat cap senyal d'alerta.

Altres.

Dades de la persona que registra:

Data:

Annex 7. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

| Signes i símptomes de sospita de risc suïcidi | Sí | Punts | Nivell de risc de suïcidi* |
|--|----|-------|---|
| Durant el darrer mes | | | |
| Ha pensat que estaria millor mort? | | 1 | RS alt = > 10 punts RS moderat = 6 - 9 puntsRS baix = 1 - 5 punts |
| Ha volgut fer-se mal? | | 2 | |
| Ha pensat en el suïcidi? | | 6 | |
| Ha plantejat com fer-ho? | | 10 | |
| Ho ha intentat recentment? | | 10 | |
| Al llarg de la seva vida | | | |
| Alguna vegada ha intentat suïcidar-se? | | 4 | |
| Els nivells amb risc alt i moderat s’han de derivar a psiquiatria. | | | |
| | | | |

* Primera valoració que no substitueix el judici clínic.

Annex 8. Model d'informe d'activació o modificació del protocol de suïcidis

Dirigit al cap de serveis

Nom de l'usuari:

| | |
|--------------------|--------------------|
| Data de la visita: | Hora de la visita: |
|--------------------|--------------------|

Recomanació **d'activar** el protocol.

Recomanació de **modificar** protocol.

Recomanació de **desactivar** protocol.

Grau de risc valorat

| ALT | MODERAT | BAIX | SENSE RISC |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| Visita psq. en 24 h | Visita psq. en 1 set. | Visita psq. en 2 set. | En aquest moment |
| | | | |

Mesures de seguretat que s'han de prendre*:

Monitorar senyals d'alerta (segons l'annex 6).

Acompanyament en horari nocturn a la cel·la.

Acompanyament permanent a la cel·la.

Intern ombra.

Retirar objectes perillosos (només aplicable en cel·la individual i no més de 72 hores).

Visualització permanent amb càmera.

Evitar la permanència en solitud de manera ininterrompuda a la cel·la de més de 3 hores, en horari diürn.

Altres:

| |
|--|
| |
|--|

Identificació i signatura del facultatiu (nom i cognoms, núm. professional, núm. col·legiat):

*Les mesures cautelars són vigents un màxim de 72 hores, o fins que el pacient sigui valorat pel servei de psiquiatria i aquest indiqui les mesures que s'han de seguir.

Annex 9. Programa N'VIU: Programa d'intervenció grupal psicoeducativa per a la prevenció de conductes autolesives en el medi penitenciari

Què és el programa N'VIU?

Es tracta d'un programa d'intervenció grupal psicoeducativa que es basa en un model d'afrontament i adquisició d'habilitats.

Per què, aquest programa?

S'ha detectat una sèrie de mancances a l'hora de proporcionar una intervenció específica, estructurada i ajustada al context penitenciari a les persones privades de llibertat que tenen conductes autolítiques.

Si bé és cert que la prioritat principal radica en l'estabilització psíquica de les persones que tenen problemes en l'esfera emocional i, per tant, n'hi ha moltes que segueixen un tractament psicofarmacològic, és totalment necessari complementar aquest tractament amb l'aprenentatge de noves estratègies de resolució de problemes i d'autoconeixement, així com proporcionar-los les eines necessàries per manejar adequadament les emocions negatives que els puguin sorgir.

Des dels centres penitenciaris, aquesta intervenció més psicoeducativa s'ha dut a terme de manera més o menys intuïtiva o estructurada, mitjançant intervencions individuals amb les persones a les quals es detectava un risc d'autòlisi. Tanmateix, era necessari disposar d'un programa grupal, estructurat i basat en l'evidència.

A qui va adreçat?

- A les persones que hagin comès algun tipus de **conducta autolítica** en els darrers **12mesos**, tant autolesions suïcides com no suïcides (el denominador comú és la disfuncionalitat per afrontar els problemes).
- A les persones que tinguin present una **planificació** suïcida (és a dir, que han pensat comfer-ho).
- A les persones que presentin un **risc alt en el criteri de violència autodirigida**, segons el protocol d'avaluació del risc RisCanvi, i que, per valoració de l'equip multidisciplinar (EMD), s'acordi que es puguin beneficiar d'aquest programa.
- Alguns exemples de casos que ha de valorar l'EMD serien:
 - Trastorn mental o antecedents d'addiccions.
 - Abandonament de la medicació psiquiàtrica.
 - Signes de consum actiu.

Aïllaments perllongats (possibilitat d'aplicar l'article 100.2 RP per assistir al programa grupal N'VIU).

Qualsevol altre punt d'inflexió o senyal d'avís (prèvia exploració de la ideació suïcida): regalar pertinences, canvis sobtats de conducta o d'humor, donar les gràcies... (Vegeu l'[annex 3](#).)

Quin és el procediment de derivació?

La proposta d'inclusió en el programa N'VIU està determinada pels tres supòsits descrits anteriorment. Un cop identificada la persona que es pot beneficiar de la intervenció, el referent que imparteix el programa N'VIU o el psicòleg que coneix el cas l'han d'entrevistar per explicar-li els objectius generals del programa i oferir-l'hi com a recurs per adquirir noves habilitats d'afrontament. En aquest espai cal motivar les persones perquè visualitzin els beneficis que els pot implicar seguir el programa, en termes d'una millora en la gestió emocional, la resolució de conflictes i la prevenció de situacions de crisi futures (vegeu la figura 1).

En cas que el programa N'VIU coincideixi en el temps amb un programa d'intervenció especialitzada (per exemple, ViGe o Drogodependències), **cal prioritzar el seguiment del programa N'VIU**, sense que això suposi un perjudici en la previsió de les dates d'execució de condemna.

El programa N'VIU és un programa d'acompanyament, en què el rendiment i l'assistència nos'han de tenir en compte en les valoracions del Sistema d'Avaluació Motivacional (SAM). En un programa d'aquest tipus és important ser flexibles i estar atents a les raons que motiven la falta rendiment o d'assistència.

Com s'insereix el programa N'VIU al PIT de cada intern?

La normativa estatal en matèria penitenciària remarca la importància de la reeducació i la reinserció social com a principal finalitat de les penes privatives de llibertat. En aquest sentit, tal com recull l'article 25.2 de la CE, "Les penes privatives de llibertat i les mesures de seguretat restaran orientades vers la reeducació i la reinserció social i no podran consistir entrebells forçats (...). [El condemnat,] En qualsevol cas, tindrà dret a un treball remunerat, als beneficis corresponents de la Seguridad Social, i a l'accés a la cultura i al desenvolupament integral de la seva personalitat."

Per donar compliment a aquest propòsit, el reglament d'organització i funcionament de les presons catalanes estableix, entre els principis pragmàtics de la intervenció penitenciària, que el departament competent en matèria d'execució penal ha de dissenyar un sistema d'atenció individualitzada, amb especial atenció als procediments d'ingrés en un centre penitenciari, als programes específics per a interns amb diagnòstic de discapacitat psíquica i als programes de prevenció de suïcidis.

La creació del Programa marc d'organització curricular (PMOC), l'any 2015, va permetre oferir un ventall homogeni d'activitats i de programes d'intervenció per a tots els centres penitenciaris de Catalunya, que garanteix la continuïtat dels plans de treball de cada intern, potencia l'efecte dels programes d'intervenció i orienta l'elaboració dels programes individuals de tractament (PIT).

Dels diferents àmbits que componen el PMOC, el programa que es presenta en aquest document té cabuda a l'àmbit de la SALUT I DESENVOLUPAMENT PERSONAL, dins l'àrea Qualitat de vida.

Tal com recull l'article 20 del Reglament penitenciari (Reial decret 190/1996, de 9 febrer), la junta de tractament, amb l'informe previ de l'equip tècnic, ha d'elaborar un programa individualitzat de tractament (PIT) –en el cas d'interns penats– sobre aspectes com ara l'ocupació laboral, la formació cultural i professional, l'**aplicació de mesures d'ajuda**, el tractament, etc. En el cas d'interns preventius, respectant el principi de presumpció d'innocència, la junta ha d'establir un model individualitzat de tractament (MII) en què ha de constar la planificació educativa, sociocultural i esportiva, i de les **activitats de desenvolupament personal**. Per tant, independentment de la situació penitenciària dels interns (penats o preventius), el programa N'VIU pot constituir una de les activitats principals del seu PIT o MII, atès que es pot considerar tant una mesura d'ajuda i prevenció com una activitat de creixement i desenvolupament personal.

Per tal d'inserir el programa N'VIU al PIT o el MII de cada intern, es proposa establir objectius relacionats amb els factors de risc del RisCanvi que es desprenen de la presència dels ítems 36 i 37 (pobre afrontament de l'estrès i intents o conductes d'autolesió). Les necessitats d'intervenció (objectius del PIT) relacionades amb la presència d'aquests factors de risc i que podrien ser abordades amb la participació al programa N'VIU, serien les següents:

Àrea personal

Competències cognitives

Reduir o eliminar distorsions cognitives (en aquest cas, es tractaria de distorsions cognitives relacionades amb la conducta o la ideació autolítica).

Adquirir o potenciar la capacitat de planificació i presa de decisions.

Adquirir o potenciar estratègies de resolució de conflictes.

Competències emocionals

Adquirir o potenciar la capacitat de regular les emocions de manera adequada (expressió de les emocions de manera adequada, autocontrol de la ira i la impulsivitat, tolerància a la frustració, demora del reforç, habilitats d'afrontament, capacitat de generar emocions positives).

Adquirir o potenciar la capacitat d'autonomia emocional (autoestima, automotivació, actitud positiva, responsabilitat, autoeficàcia emocional, anàlisi crítica de les normessocials i resiliència).

Adquirir o potenciar les habilitats de vida i benestar (capacitat per fixar objectius, prendre decisions i demanar ajuda; ciutadania activa, cívica, responsable, crítica i compromesa; benestar subjectiu.

Adquirir o potenciar estratègies de gestió de l'estrès. Reduir el nivell d'ansietat.

Millorar l'estat d'ànim.

Cal que l'equip multidisciplinari faci una valoració d'aquests objectius per seleccionar els que s'ajusten millor a cada cas particular.

Quins professionals poden dur a terme el programa?

Es recomana que el programa el vehiculin dos professionals. Un tàndem interessant és el de psicòleg i educador. **Se suggereix, però, potenciar la implicació i la participació del major nombre de professionals possible (tractament, vigilància, serveis sanitaris, recursos externs...), ja que la prevenció del suïcidi correspon a tota la institució.**

Així, es recomana, per exemple, que a la sessió d'adherència terapèutica al tractament psicofarmacològic es convidi el metge o psiquiatre del centre perquè hi expliqui la importància d'aquesta variable en la millora de la conducta autolítica. Una altra opció seria convidar el monitor esportiu a la sessió de vida saludable per recordar-los l'oferta d'activitats saludables del centre.

Com enfocar l'heterogeneïtat del grup?

Recau en l'habilitat del professional que lidera el programa adaptar els missatges al grup que tingui en cada moment. El grup pot estar format per persones que hagin comès una autolesió (suïcida o no), que tinguin una planificació suïcida o que presentin un risc alt de violència autodirigida, per la qual cosa l'EMD ha valorat que es poden beneficiar de la intervenció. Sigui com sigui, el que és evident és que el programa, que es basa en un model d'afrontament i d'adquisició d'habilitats, impacta en tots tres supòsits en la millora d'un important factor protector preventiu de la conducta suïcida.

En un altre nivell, cal recordar que el grup ofereix l'oportunitat de vivenciar i experimentar les relacions i la comunicació en un espai real que es construeix com un laboratori. A través del grup, els participants poden comprendre millor les seves dificultats, tant les que es refereixen a la gestió de les emocions en els processos relacionals com determinats trets de la personalitat que poden esdevenir problemàtics en el contacte amb els altres.

També és recomanable poder convidar **professionals externs** al programa perquè puguin aportar-hi la seva expertesa. Vincular presó i recursos comunitaris en la prevenció del suïcidi i oferir un model d'intervenció al més similar possible a la vida en llibertat és també un imperatiu legal.

Quin nombre de participants es recomana per grup?

Grups de 10 a 12 persones.

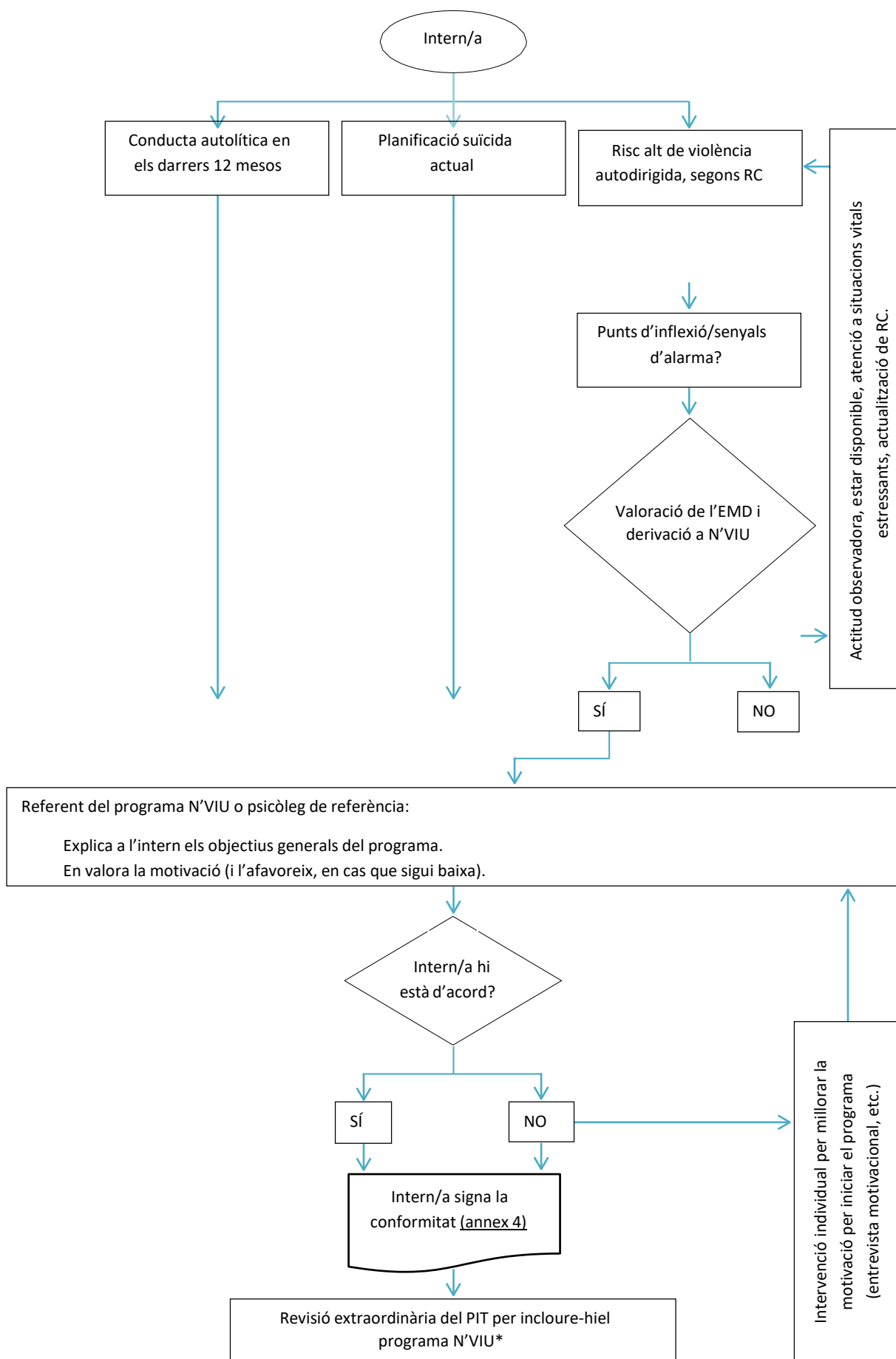
Quantes sessions té i quant dura cada sessió?

12 sessions d'1,5 h cada una.

Amb quina freqüència s'han de mantenir les sessions?

Com a mínim, 1 sessió setmanal.

Figura 4. Procediment per derivació al programa N'VIU



Annex 10. Sol·licitud d'admissió al programa N'VIU

SOL·LICITUD D'ADMISSIÓ AL PROGRAMA N'VIU

L'intern/a que s'esmenta més endavant sol·licita l'admissió al programa N'VIU i manifesta el següent:

1. Que coneix els objectius i els continguts del programa d'intervenció que es porta a terme al centre penitenciari en relació amb el delicte que ha comès.
2. Que accepta les condicions de treball que preveu el programa esmentat i es compromet a complir les instruccions del professional que fa el programa.
3. Que coneix la importància de participar en aquest programa, dins dels objectius del seu pla individual de tractament o del model individualitzat d'intervenció.

Cognoms i nom de l'intern/a

Situació penitenciària:

Centre penitenciari:

☐ Preventiu

☐ Penat

Signatura de

l'intern/a:

Data:

Cal lliurar una còpia d'aquest document a la persona interessada i cal dipositar-ne una altra al protocol de l'intern/a.

RENÚNCIA A LA PARTICIPACIÓ EN EL PROGRAMA

L'intern/a manifesta la negació a participar en el programa N'VIU i manifesta el següent:

1. Que ha estat informat dels objectius i dels continguts del programa.
2. Que ha estat informat de la importància de participar en aquest programa, dins dels objectius del seu pla individual de tractament o del model individualitzat d'intervenció.

Centre penitenciari:

Signatura de l'intern/a:

Signatura del professional:

Data:

Cal lliurar una còpia d'aquest document a la persona interessada i cal dipositar-ne una altra al protocol de l'intern/a.

Annex 11. Notificació de baixa del programa N'VIU

NOTIFICACIÓ DE BAIXA DEL PROGRAMA N'VIU

Nom de l'intern/a:

El professional sotasignat li comunica que ha estat donat de baixa del programa N'VIU:

☐ Baixa definitiva

☐ Baixa temporal

Pel motiu següent:

☐ Baixa voluntària

☐ Baixa del centre penitenciari

☐ Trasl·lat del centre penitenciari

☐ Altres motius:

Signatura de l'intern/a:

Signatura del professional:

Data:

Cal lliurar una còpia d'aquest document a la persona interessada i cal dipositar-ne una altra al protocol de l'intern/a.

Annex 12: Procediment per analitzar el suïcidi consumat

Atesa la complexitat per obtenir informació rellevant d'un cas de mort per suïcidi, cal que el procés d'indagació analític del succés fatídic comenci com més aviat millor i amb una metodologia concreta. Aquest procediment es basa en el model de millora contínua PDCA (Plan-Do -Check-Act) i els objectius són aprendre de les deficiències que hi hagi, identificaren què es pot millorar perquè no es tornin a repetir i aportar idees des de totes les vessants professionals, perquè el suïcidi és un problema de tota la institució.

1.- Primera actuació

En tots els casos de mort per suïcidi s'ha de dur a terme una anàlisi mitjançant una reunió multidisciplinària dels professionals dels diferents àmbits d'actuació coneixedors del cas (vigilància, rehabilitació i salut). Aquesta reunió l'ha d'instar la Direcció del centre o els professionals dels serveis centrals.

Quan es tingui coneixement d'un cas, el cap de programes referent de l'àrea, prèvia consultai coordinació amb la Subdirecció de Tractament i la Direcció del centre, ha de convocar tots els membres implicats que hagin tingut un contacte rellevant amb l'intern/a en el període anterior als fets.

2.- Desenvolupament i cronologia de les reunions

Cal aixecar acta de totes les reunions.

1) Reunió interna (de suport a l'equip).

- a. Objectiu principal: posar en comú la informació i la contenció emocional entre els professionals dels equips.
- b. Participants: Subdirecció de Tractament, representació de l'equip multidisciplinari, cap de la Unitat de Seguretat Interior (CUSI) del mòdul, metge de referència, mestre i psiquiatre. També hi han de participar membres del CAS, monitors de les activitats en què participava l'intern/a i qualsevol professional del centre que per motiu de la seva feina hi hagi tingut contacte.
- c. La participació de tots els convocats és preceptiva i prioritària.
- d. Temporalitat: en el termini màxim de 3-4 dies després del fet. La convocatòria és responsabilitat del subdirector de Tractament o del comandament intermedi en qui es delegui.
- e. Informació clau que cal recollir:
 - **Relat de la incidència o dels fets.**
 - **Factors de risc:** presència de trastorn mental, intents previs de suïcidi, desesperança, presència d'ideació suïcida, malaltia física, cronicitat, dolor o

discapacitat, història familiar de suïcidi, presència d'esdeveniments familiars estressants i antecedents de suïcidi a l'entorn.

- **Factors protectors:** habilitats de resolució de problemes, confiança en un mateix, habilitats socials, flexibilitat cognitiva, fills, qualitat de suport familiar i social, integració social, religió, espiritualitat o valors positius, adopció de valors culturals i tradicionals i tractament integral de la malaltia física o mental.
- **Característiques de la ideació suïcida:** planificació, evolució, freqüència i valoració de la intencionalitat i de la determinació.
- **Característiques del suïcidi:** desencadenants, comunicació de la ideació suïcida, acomiadament en els dies previs, mètode i mesures d'evitació de rescat.
- **Avaluació clínica (dels dies previs al suïcidi):** alteració del nivell de consciència, afectació de la capacitat mental, intoxicació per alcohol o altres drogues, malalties mentals, estat anímic i plans de suïcidi.
- **Senyals d'avís:** verbals i no verbals.
- **Informació regimental:** comunicacions, vistes i visites.

f. Documentació que s'ha de presentar, per àmbits professionals:

- Els juristes han de recollir tota la informació processal, penal i penitenciària prèvia.
- Els psicòlegs han de recollir la documentació referent a l'actitud i l'estat d'ànim de l'intern/a, així com altres elements de la personalitat que puguin aclarir la determinació suïcida.
- Els educadors socials han de recollir tota la informació d'assistència a les activitats i actes lúdics, participació i motivació, i s'han de coordinar amb els mestres per aportar la informació de l'assistència a l'escola.
- Els treballadors socials han de recollir tota la informació social rellevant.
- Els membres del CUSI han d'aportar tota la informació regimental (incidents, expedients disciplinaris i comunicacions orals, escrites i telefòniques prèvies).
- El cap de programes ha d'aportar una còpia de l'agenda de tractament i altra informació rellevant que contingui el SIPC.
- Els professionals sanitaris han d'aportar la informació que pugui ajudar a comprendre la situació prèvia al desenllaç.

2) Reunió comuna.

- a. Objectius principals: compartir la informació abordada en la reunió interna, analitzar el cas i proposar millores per a les incidències no desitjables que s'hagin detectat.
- b. Participants: Subdirecció de Tractament, representació de l'equip multidisciplinari, cap de la Unitat de Seguretat Interior (CUSI) del mòdul, metge de referència, mestre,

psiquiatre, representació de la Secretaria (rehabilitació i servei interior) i del Programa de salut penitenciària i responsable de l'àrea de Salut Mental Penitenciària.

c. Temporalitat: en el termini màxim de 15 dies després del fet. La convocatòria és responsabilitat del Subdirector de Tractament.

d. Informació clau que s'ha de recollir:

- Anàlisi de l'última avaluació de risc.
- Anàlisi dels indicadors de risc (esdeveniment crític, verbalitzacions, etc.).
- Identificació d'una possible detecció prèvia.
- Identificació d'actuacions alternatives.
- Supervisió de la correcta coordinació (tant des del CP com des de fora).
- Garantia del coneixement del Programa marc de prevenció de suïcidis i la conseqüent monitorització de casos.
- Altres.

3) Reunió directiva.

a. Objectiu principal: prendre decisions executives.

b. Participants: Direcció del centre, Subdirecció de Tractament, representació de la Secretaria (rehabilitació i servei interior), responsables del Programa de salut penitenciària i de l'àrea de Salut Mental Penitenciària.

c. Temporalitat: el mateix dia de la reunió comuna. La convocatòria és responsabilitat del subdirector de Tractament.

d. Informació clau que s'ha de recollir: informe executiu de noves mesures per implantar.

Annex 13. Estàndards de qualitat en la prevenció del suïcidi

Estàndards de qualitat en la prevenció del suïcidi

CP:

Any d'avaluació (any natural): _____

| | Definició de l'indicador | Fórmula i observacions | Estàndard | Font de dades |
|--|--|---|-----------|---|
| Detecció: comunicació i coordinació intrapenitenciària | El CP té un protocol d'aplicació actualitzat i vigent del programa marc. | Sí No | Sí | Protocol per a la prevenció del risc de suïcidi |
| | Nivell de difusió del Programa marc de prevenció del risc de suïcidis i del protocol entre els professionals dels tres àmbits (sanitari, vigilància i rehabilitació). | <u>Numerador</u> : nombre de professionals sanitaris, de vigilància i rehabilitació que han rebut el Programa marc. <u>Denominador</u> : nombre de professionals sanitaris, de vigilància i rehabilitació. | 100 % | Justificant de la difusió |
| | El metge o psiquiatre ha informat el cap de serveis dels plans d'intervenció. | <u>Numerador</u> : nombre de notificacions al cap de serveis. <u>Denominador</u> : nombre total de casos. | 100 % | Formularis estandarditzats semblants (annex 8) |
| Promoció de la salut | El CP disposa del tríptic informatiu per lliurar-lo en el moment de l' ingrés . | Sí No | Sí | Tríptic (annex 1) |
| | El CP té prevista una sessió informativa sobre la prevenció del risc de suïcidi dins del Programa d'acollida . | Sí No | Sí | Sessió informativa |
| | El CP ha previst inserir com a mínim en un dels subprogrames de l' itinerari estàndard del PMOC una sessió sobre la prevenció del suïcidi , segons el Programa marc (annex 2). | Sí No | Sí | Sessió i procediment d'inclusió al subprograma |
| | El CP ha dut a terme una activitat general per commemorar el Dia Mundial per a la Prevenció del Suïcidi (10 de setembre). | Sí No | Sí | Registre d'activitats realitzades |

| | | | | |
|------------|---|--|--------|--|
| | Les persones amb temptativa de suïcidi o risc alt han estat derivades al servei de psiquiatria . | <u>Numerador</u> : nombre de visites del psiquiatre. <u>Denominador</u> : nombre total de persones valorades amb temptativa de suïcidi. | 100 % | No mesurable pendent, d'informatització |
| | El CP té previst dur a terme el Programa d'intervenció grupal psicoeducatiu per prevenir conductes autolítiques N'VIU . | Sí No | Sí | Pla general d'activitats del CP |
| | El CP té en consideració la figura de l' intern de suport entre el ventall d'accions preventives per als interns amb risc alt o temptativa de suïcidi. | <u>Numerador</u> : nombre d'interns de suport. <u>Denominador</u> : nombre de protocols activats. | > 10 % | Informació a partir del subdirector de Tractament |
| | La Direcció del CP ha programat accions formatives per als interns de suport. | Sí No | Sí | Programa de formació per a interns de suport Implementació de la figura de l'intern de suport |
| Postvençió | Percentatge de sessions d'anàlisi d'incidents crítics . | <u>Numerador</u> : nombre de sessions d'anàlisi. <u>Denominador</u> : nombre d'incidents crítics + excepcions. | 100 % | Nombre de sessions |

Annex 14. Pla d'intervenció en la prevenció del risc de suïcidi

| | | | |
|--|-------|-----------------|--|
| Adreçat a la Direcció del centre (a través del cap de serveis) | | | |
| Nom de l'intern/a | | | |
| CIC | Mòdul | Data | Hora |
| Ingrés a la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica: Sí No | | | |
| Mesures cautelars: Mantenir Modificar Suspendre | | | |
| Tractament farmacològic: Present Absent | | | |
| <p>Avisar quan no es prengui els psicofàrmacs.</p> <p>(Si l'auxiliar en detecta un incompliment, ha de generar una visita a l'agenda del metge, a infermeria o a UCIES.)</p> <p>(El personal de rehabilitació o d'interior ha de redactar un comunicat de fets, que s'ha d'eleva a la Direcció a través del cap de serveis.)</p> <p>Treballar l'adherència al tractament farmacològic.</p> | | | |
| Consum de tòxics: Absent Present Sospita Informar la sospita del consum de tòxics | | | El personal sanitari ha de generar una cita amb el metge referent. El personal de tractament o d'interior ha de comunicar els fets. |
| Indicacions d'intervenció | | | |
| Treballar la consciència del risc de suïcidi. | | | |
| Treballar la consciència que el consum de tòxics el perjudica. | | | |
| Indicació per a la intervenció cognitiva i conductual | | | |
| Impulsivitat Gestió de conflictes Autocontrol emocional Reestructuració cognitiva Habilitats socials | | | |
| Indicació per a la realització d'activitats | | | |
| Considerar la prioritització a l'hora d'assignar activitats. Activitats de rehabilitació específica en salut mental. Optimitzar / garantir ocupacions de temps lliure. Exercici físic. Activitats de baixa concentració (taller ocupacional, ceràmica, música, etc.). Activitats d'alta concentració (taller productiu, escola, etc.). | | | |
| Règim de vida | | | |
| No autoritzar la pujada voluntària a l'habitació sense acompanyament. | | | |
| Estigui sol o acompanyat, evitar permanències ininterrompudes de més de 3 hores a la cel·la en horari diürn. | | | |
| Afavorir la ubicació en una unitat de vida. Més atenció a la vulnerabilitat Poca massificació Mòdul de participació i convivència | | | |
| Afavorir el suport emocional amb vincles i suport social. Recomanar l'augment de trucades. Recomanar l'augment de comunicacions. | | | |
| Fomentar la xarxa de suport social | | | |
| Voluntariat. Afavorir l'accés a les pràctiques religioses. Entitats socials i col·laboradores. | | | Altres: |
| Comprovar els senyals d'alarma | | | |
| Cada setmana | | Cada 2 setmanes | Cada 3 setmanes |
| Data de la propera revisió | | | |
| Identificació del facultatiu | | | |

**Anexo 4. Protocolo de Prevención de Suicidios. Centro Penitenciario Brians
1.**

***PROTOCOL DE PREVENCIÓ DE
SUICIDIS
CENTRE PENITENCIARI BRIANS 1***

ÍNDIX

PÀGINA

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓ..... | 4 |
| 2. OBJECTIUS..... | 6 |
| 3. PROMOCIÓ DE LA SALUT I PREVENCIÓ DEL SUICIDI..... | 7 |
| 4. DETECCIÓ DEL RISC DE SUICIDI..... | 9 |
| 5. AVALUACIÓ DEL RISC DE SUICIDI..... | 13 |
| 6. INTERVENCIÓ: ATENCIÓ I SEGUIMENT..... | 16 |
| 7. EL SUPORT ENTRE IGUALS..... | 19 |
| 8. RISCANVI I N'VIU..... | 21 |
| 9. ANÀLISI DELS SUICIDIS CONSUMATS..... | 23 |
| 10. LA CONDUCTA AUTOLESIVA..... | 25 |
| 11. GÈNERE I FACTORS DE RISC..... | 27 |
| 12. ANNEXES..... | 28 |
| 13. BIBLIOGRAFIA..... | 46 |

Abreviatures.

EAPP: Equip d'Atenció Primària Penitenciària

ESM: Equip de Salut Mental

RHB: Rehabilitació

FSI: Funcionaris de Servei Interior

TMS: Trastorn Mental Sever

PTI: Pla Terapèutic d'Intervenció

PROGRAMA N'VIU: Programa d'intervenció grupal psicoeducativa per a persones amb temptatives autolítiques en el medi penitenciari.

PMOC: Programa Marc d'Organització Curricular

PSI: Pla de Serveis Individualitzats

CRS: Codi Risc Suïcidi

EMD: Equip Multidisciplinari

RC: RisCanvi

OMS: Organització Mundial de la Salut

UHPP: Unitat Hospitalària Psiquiàtrica Penitenciària.

1. INTRODUCCIÓ.

El suïcidi representa un greu problema de salut pública amb prop d'un milió de morts anuals en tot el món (1, 2). S'ha estimat que cada any es suïciden 14,5 persones de cada 100 000 (3). És una de les primeres causes de mortalitat prematura en persones joves d'ambdós sexes i específicament el grup de 25 a 44 anys constitueix el primer grup de risc.

El suïcidi a Catalunya és la primera causa de mortalitat entre els joves i alhora és la tercera causa de mortalitat evitable en el nostre entorn, tot superant la mortalitat causada per accidents de trànsit.

S'estima que es produeixen unes 20 temptatives per cada suïcidi consumat. La mortalitat per suïcidi és tres vegades superior en els homes que en les dones, perquè solen utilitzar mètodes més letals.

Cal afegir que les seves repercussions en l'entorn són molt importants, ja que las vides de les persones properes es veuen profundament afectades a nivell emocional, social i econòmic.

A Catalunya, l'any 2016 aquesta taxa va ser de 49 per cada 100.000 interns¹, superior a la taxa de la població general que al 2015 va ser de 6,5 per cada 100.000 habitants² (última dada disponible)

La taxa de suïcidis als centres penitenciaris és significativament major que la taxa en població general. S'han descrit taxes 7,5 vegades superiors en població preventiva i 6 vegades en població penada, en relació a la població general (5).

Al CP Brians 1 hi ha hagut 18 casos de suïcidi consumat que s'han produït des del 2010 fins el 2018, 10 eren dones i 8 homes.

Un cop analitzades les dades sobre les dones, podem dir que en la majoria de casos el delictes base era violent. Cal destacar que en els suïcidis consumats només hi va haver dos casos amb

temptatives prèvies. Destaca la presència de problemes de salut mental en la gran majoria de casos. El diagnòstic més habitual és El Trastorn límit de la personalitat.

Podem dir que en el medi penitenciari la prevalença en dones és més elevada que en homes i que en els casos de suïcidis consumats la presència de problemàtica a nivell de salut mental té un pes específic rellevant.

Pel que fa a homes, el 50% eren preventius i la resta penats. 3 dels 8 van consumir el suïcidi a la unitat de ingressos o MRO.

S'ha demostrat que els suïcidis són prevenibles en la mesura en què s'identifiquen els factors de risc i les variables, intrínseques i extrínseques al subjecte, que predisposen i/o faciliten consumir la conducta suïcida.

És deure de l'Administració Penitenciària vetllar per la vida, la integritat i la salut dels interns (article 10.1 i 15 de la CE, article 3.4 LOGP i 36 i següents també LOGP dedicats a l'assistència sanitària i articles 207 RP³).

2.OBJECTIUS

Els objectius del present protocol són els següents:

Generals

- Disminuir la mortalitat per suïcidi (en un 10% l'any 2020) *
- Augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida
- Prevenir la repetició de temptatives

Específics

- Impulsar i assegurar una atenció proactiva i adequada
- Implantar un procediment homogeni d'actuació específica urgent
- Assegurar unes condicions òptimes de seguretat
- Vinculació i seguiment longitudinal durant 12 mesos per prevenir repeticions
- Generar un registre centralitzat de Temptatives de Suïcidi (millorar la informació disponible)
- Millorar la comunicació i coordinació intra i extrapenitenciària
- Millorar la formació i capacitat dels professionals penitenciaris

* Les polítiques de prevenció estableixen com a objectiu la disminució de les morts per suïcidi. El Departament de Salut concreta aquest objectiu en la disminució d'un 10% de les morts per suïcidi al 2020.

3. PROMOCIÓ DE LA SALUT I PREVENCIÓ DE CONDUCTES AUTOLÍTIQUES

En el centre penitenciari Brians 1 es duran a terme activitats d'informació i de **formació psicoeducativa** adreçades a la població penitenciària en general, dirigides a la lluita contra l'estigma. S'entén per estigma aquells comportaments discriminatoris basats en falses creences i prejudicis tals com:

- Parlar obertament de suïcidi anima a portar-ho a terme.
- La persona que diu que es suïcidarà no ho fa.
- El suïcidi és imprevisible.
- La idea de suïcidi es permanent .
- El risc de suïcidi finalitza després de la crisi suïcida.
- Tots els suïcides tenen una malaltia mental.

Aquestes activitats van adreçades a:

- Professionals en general.
- Població penitenciària en general.
- Població vulnerable de risc de suïcidi.

En concret les accions que es duran a terme són:

Per als interns:

A aquests efectes des del centre Penitenciari Brians 1 s'ha d'abordar la formació en relació a la prevenció de les conductes autolítiques com a mínim en un dels subprogrames grupals d'intervenció de l'itinerari estàndard del Programa Marc d'Organització Curricular (PMOC). A banda, també es programaran accions divulgatives i de formació per als interns el Dia Mundial per a la Prevenció del Suïcidi, el 10 de setembre.

Paral·lelament també des de la Unitat d'Ingressos de Brians 1 es realitzen dues xerrades setmanals d'acollida per a tots els interns primaris on s'aborda la informació sobre la prevenció del suïcidi i s'aporta un tríptic informatiu específic (encara en revisió).

Per als professionals:

Es realitzarà una formació sobre prevenció i detecció de conductes autolítiques a tots els professionals del centre, tant de règim interior com de tractament. Aquesta formació específica serà elaborada i impartida per psicòlegs del centre penitenciari formats específicament en aquesta matèria, en coordinació amb professionals de psiquiatria de la Unitat Hospitalària Psiquiàtrica Penitenciària (l'UHPP) del Centre.

4. DETECCIÓ DEL RISC DE SUICIDI

Qualsevol treballador o intern del centre penitenciari Brians 1 pot detectar el risc de suïcidi en una persona. Tots els professionals han de mantenir una actitud receptiva, oberta i d'alerta cap el risc de suïcidi. Tots tenim un paper determinant en la detecció del risc de suïcidi d'un intern.

És competència de tot el personal de l'Administració Penitenciària la preocupació per detectar una possible conducta suïcida.

Tot el personal **ha de procurar l'observació i el coneixement dels interns/es al seu càrrec en una escolta activa que possibiliti la comprensió, el diàleg i la intervenció immediata** que haurà de transformar en intervenció tècnica amb la necessària ratificació documental.

Es requereix que la crida d'atenció produïda en qualsevol punt i facilitada per l'escolta activa de qualsevol persona de la Institució Penitenciària, produeixi **una immediata adopció de mesures en cas de risc immediat**

A aquesta immediatesa de resposta, amb la presa de mesures provisionals, ha de seguir amb agilitat i eficàcia la **intervenció del metge i/o psiquiatra amb coneixement de la Direcció del Centre.**

Cal que aquests professionals transformin la detecció immediata de possibles conductes suïcides en un **estudi conjunt de la situació anímica de l'intern/a.**

Dins dels principis d'agilitat i eficàcia, el subdirector de tractament i els professionals abans esmentats, comptant amb la documentació aportada per quants col·laboren en les tasques de rehabilitació, salut i servei interior, proposaran al Director, **la inclusió en el Protocol de Prevenció de Suïcidis (a partir d'ara PPS) i les mesures a adoptar.**

Igualment aquesta **avaluació efectuada conjuntament pel psiquiatra, metge i Subdirector de tractament** permetrà, amb la suficient prudència, no incloure en la prevenció de suïcidis un bon nombre de casos, permetent així **optimitzar els recursos humans i tècnics**, dedicant-los a la intervenció i seguiment dels interns/es inclosos en el protocol. **Es suma així la sensibilitat en la detecció amb la especificitat en la seva aplicació.**

L'Ordre de Direcció, incloent a un intern/a en P.P.S. i determinant les mesures imposades, **ha de tenir la difusió necessària entre el personal de Rehabilitació, Salut i servei interior i la seva ratificació al SIPC fent coneixedors de la situació a tots els professionals que intervenen amb els interns.**

Aquest programa marc ha de **recordar la importància de la tasca del Funcionari de Servei Interior tant en la immediatesa de la detecció, com en el control de les mesures imposades.**

Hi ha tres moments claus per a la detecció de risc de suïcidi:

A. Detecció sistematitzada en el moment de l'ingrés.

- Valoració en tots els casos en el moment de l'ingrés al CP.
- Identificació de persones vulnerables.
- Valoració davant situacions de canvi en persones vulnerables .

L'evidència científica indica que l'**ingrés** és un **moment clau** per detectar els interns/es amb risc de suïcidi. Per aquest motiu, es garantiran un conjunt de mesures preventives que es detallen a continuació:

Amb caràcter general els ingressos i al MRO viuran en cel·la compartida evitant situacions d'aïllament.

Amb caràcter general els trànsits estaran en cel·la compartida evitant situacions d'aïllament, especialment si entren dins de les situacions de risc.

En el Departament d'Ingressos i Trànsits s'evitaran els temps de permanència en situació d'aïllament.

Facilitar les trucades a les famílies.

Resulta imprescindible que **durant les primeres entrevistes d'ingrés**, per part de tots els professionals del centre, s'explori i observi la presència o absència d'indicadors de risc autolític:

- 1.- Els serveis sanitaris utilitzaran les eines i procediments inclosos en la història clínica.
- 2.- A l'ingrés, l'Equip de Tractament, a través de la fitxa d'ingrés inclosa al SIPC rehabilitació (**falta especificar ruta**) avaluarà la presència o no de risc de suïcidi. Es poden emprar les preguntes exploratòries per a detectar risc de suïcidi a l'ingrés (**ANNEX 1**) i l'instrument *screening* per valoració del risc suïcida en interns (**ANNEX 2**).

A l'acollida a la unitat de vida corresponent, l'educador o professional al què se li encarregui, explorarà de nou la presència de risc de suïcidi, aquesta vegada en un entorn més distès i com a complement a d'altres aspectes a abordar a través de l'entrevista inicial de mòdul. Es recomana aquesta informació útil per assenyalar les evidències del factor 7 de l'escala *screening* de RisCanvi i del factor 37 del RC complert.

- a. Els/les treballadors/es socials exploraran si dins del nucli familiar hi ha alguna situació crítica que pugui servir de desestabilitzador en l'estat anímic de l'intern/a.
- b. Els funcionaris de vigilància poden observar, ja en l'ingrés, indicadors de risc de possibles conductes autolítiques, orientant la seva observació mitjançant allò indicat a [L'ANNEX 3](#).

*Els apartats a i b han de realitzar-se **dins de les 24-48 hores** des de l'ingrés al centre penitenciari.

El conjunt de l'avaluació, tant si hi ha absència com presència de factors de risc, **ha de quedar reflectida de forma expressa a l'agenda de tractament (pestanya prevenció conducta autolítica??)**.

En aquest cas, es seguirà el circuit per al departament d'Ingressos. **ANNEX 4.**

Es disposa d'una plantilla de traspàs d'informació quan es detecti un risc autolític. Aquesta plantilla serà complimentada per la persona que detecti el risc i ha d'entregar una còpia als serveis mèdics i l'altre al cap de serveis. **ANNEX5.**

B. Detecció espontània durant la vida ordinària a mòdul. Es seguirà el circuit per a mòdul.

ANNEX 6. Es disposa d'una plantilla de traspàs d'informació quan es detecti un risc autolític. Aquesta plantilla serà complimentada per la persona que detecti el risc i ha d'entregar una còpia als serveis mèdics i l'altre al cap de serveis. **ANNEX 5.**

C. Detecció en els trasllats i trànsits d'un centre a l'altre: amb especial atenció a la coordinació i comunicació mitjançant Història Clínica (eCAP, HC3) i altres (SIPC).

Per fer la detecció cal conèixer els factors de risc, punts d'inflexió, senyals d'advertència i els factors de protecció de la conducta suïcida, recollits a l'**ANNEX 7**.

No és tan important establir un diagnòstic precís, com valorar adequadament al pacient i

La detecció per part de qualsevol professional del CP ha de comportar sempre una valoració mèdica per part del metge d'atenció primària.

Detecció del risc de suïcidi

Qui ho fa?

Qualsevol professional

Com fer-ho?

Mitjançant el coneixement dels factors de risc, punts d'inflexió, senyals d'advertència i els factors de protecció de la conducta suïcida, que es poden identificar amb una actitud proactiva a través de la entrevista, anamnesi i observació.

En cas de necessitat es pot fer servir el Qüestionari MINI (ANNEX8)

Què fer?

Detectar possible risc de suïcidi. Qualsevol professional, de qualsevol àrea, davant la sospita de risc de suïcidi L'HA DE NOTIFICAR DE MANERA IMMEDIATA AL CAP DE SERVEI I ALS SERVEIS MÈDICS que pren les mesures immediates de seguretat, engega el procés de valoració i diagnòstic del risc per part del PSIQUIATRA si escau i es determinen les accions a portar a terme.

5. AVALUACIÓ DEL RISC DE SUICIDI

La detecció del risc de suïcidi pot realitzar-la qualsevol professional del centre penitenciari i implica l'**avaluació clínica** del risc de suïcidi, que ha de ser realitzada inicialment pel metge de l'Equip d'Atenció Primària Penitenciària (EAPP) i en un segon nivell pel psiquiatre de l'Equip de Salut Mental del Centre (UHPP)

EL Codi Risc Suïcidi (CRS) recomana la utilització de la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI versió 5.0.0, validada en castellà l'any 2000) (ANNEX 8).

El criteri clínic prima sobre la resta d'exploracions i és el que determina la gravetat del risc de suïcidi i les actuacions a portar a terme.

Els possibles nivells de risc són:

Temptativa de suïcidi

Qualsevol comportament suïcida, incloent les intoxicacions voluntàries i les autolesions o les autoagressions, que tenen una intencionalitat manifesta de causar la pròpia mort, sense aconseguir-ho.

Risc alt

Les persones amb risc alt poden presentar una **elevada probabilitat de portar a terme una conducta suïcida**. Cal considerar especialment com a signes de risc de suïcidi alt aquelles persones que recentment (durant el darrer mes) hagin planificat i/o intentat suïcidar-se. Cal explorar altres factors de risc i problemes de salut que poden contribuir a agreujar la conducta suïcida i que poden ser susceptibles de millora amb mesures preventives o terapèutiques.

Un risc alt implicaria:

Escala MINI ≥ 10 punts

Planificació de conducta suïcida

Temptatives prèvies recents

Risc moderat

Les persones amb risc moderat podrien tenir una probabilitat moderada de portar a terme una conducta suïcida. Cal explorar altres factors de risc i problemes de salut que poden contribuir a agreujar la conducta suïcida i que poden ser susceptibles de millora amb mesures preventives o terapèutiques.

Un risc moderat implicaria:

- Escala MINI de 6 a 9 punts
- Pensament suïcida
- No-planificació de conducta suïcida

Risc baix

Les persones amb risc baix tenen una probabilitat reduïda de portar a terme una conducta suïcida. Cal explorar altres factors de risc i problemes de salut que poden contribuir a agreujar la conducta suïcida i que poden ser susceptibles de millora amb mesures preventives o terapèutiques.

Un risc baix implicaria:

- Escala MINI d'1 a 5 punts
- Idees passives de mort
- Desig de desaparèixer o de deixar de patir

Avaluació del risc de suïcidi

Qui ho fa?

El metge de l'EAPP i els psiquiatres de l'UHPP.

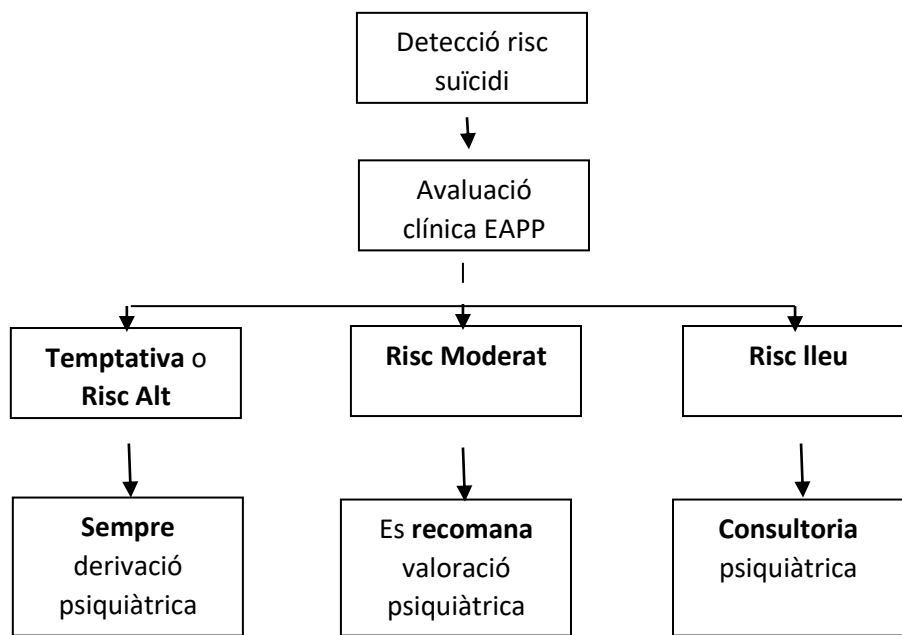
Com fer-ho?

Mitjançant la utilització d'instruments validats, escales, factors de risc i la impressió clínica.

Què cal fer?

- Avaluar el grau de risc de suïcidi.
- Consultar amb psiquiatria en cas de risc baix.
- Valorar derivació a psiquiatria en casos de risc moderat.
- Derivar sempre a psiquiatria en cas de temptativa de suïcidi o risc alt.

Accions vinculades a l'avaluació del risc de suïcidi.



Qualsevol avaluació del risc de suïcidi ha de quedar enregistrada a l'agenda de tractament del SIPC per tal que tots els professionals que coneguin del cas puguin fer seguiment i assegurar una observació adequada del mateix.

(idea sorgida a BRIANS 1: que tothom faci servir el SIPC-pestanya de prevenció de suïcidis-.
Pendent habilitar als psiquiatres per tenir accés a l'aplicació. Els serveis mèdics farien constar
únicament la informació funcional del cas, sense diagnòstics ni altres dades sensibles- Idea clau:
un únic lloc on tothom pot fer seguiment del cas) . FALTA ARTICULAR PER DG i INFORMÀTICA.

Totes les avaluacions de risc amb resultat ALT O MODERAT (I PER SUPOSAT LES TEMPTATIVES) donaran lloc a la proposta d'activació del PROTOCOL DE PREVENCIÓ DE CONDUCTES AUTOLÍTIQUES.

Es traspasarà tota la informació al director del centre o en la seva absència al comandament d'incidències i en el cas que es decideixi activar el protocol, caldrà informar a tots els membres del compte de correu que s'haurà creat a aquests efectes.

Per consultar components del compte de correu, consulteu ANNEX 6.

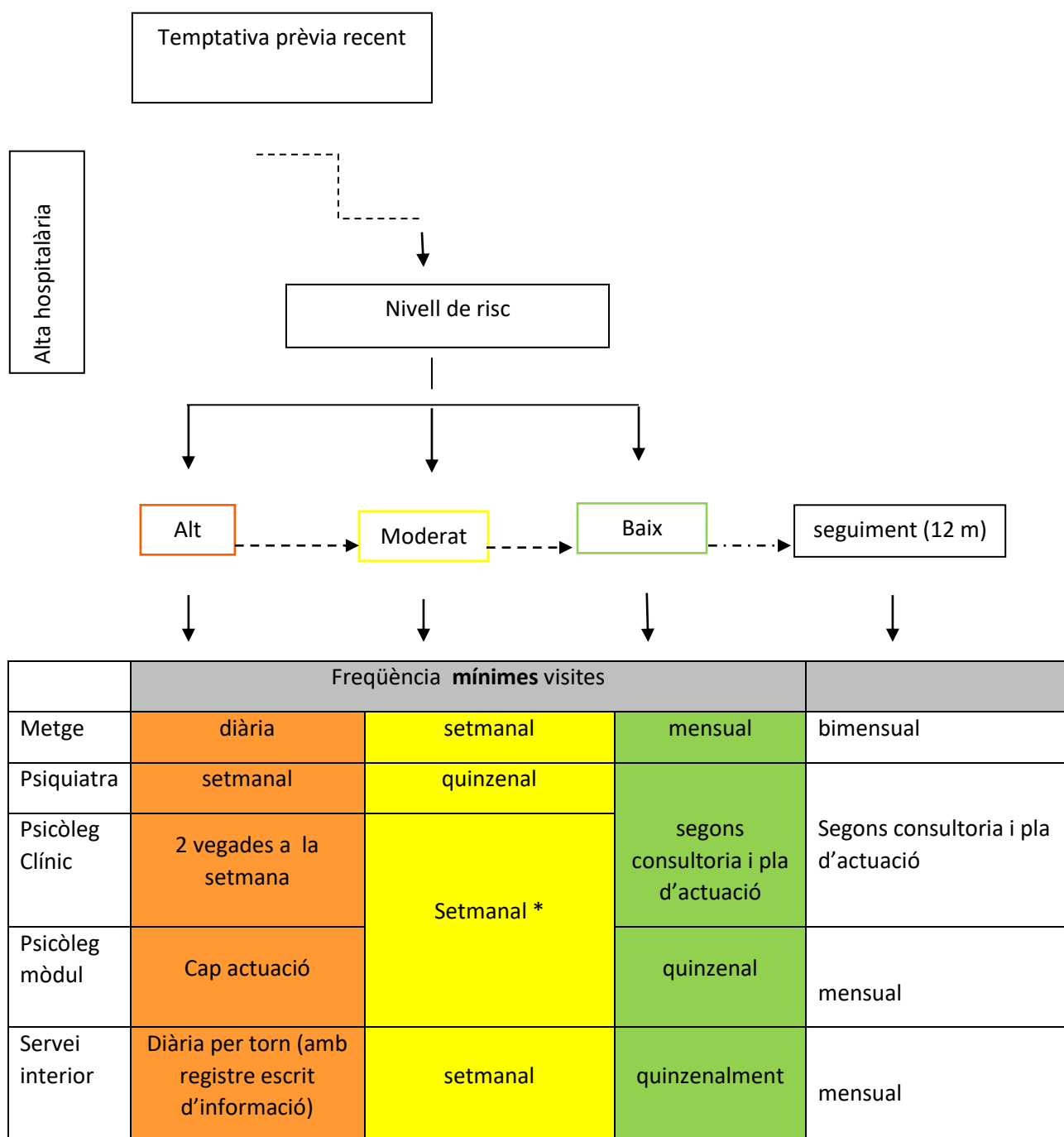
6. INTERVENCIÓ: ATENCIÓ I SEGUIMENT.

Les intervencions, en tipus, nivell assistencial implicat i durada, vénen determinades pel tipus de risc avaluat, la patologia mental subjacent i l'estat psicopatològic.

| | | Què fer ? | Com fer-ho? | Qui ho fa? | | | |
|-----------------------|--------------|---|---|------------|----|-----|-----|
| | | | | EAPP | SM | RHB | FSI |
| Temptativa de suïcidi | Risc alt | Avaluació mèdica immediata | Atenció mèdica per assegurar la supervivència. | ✓ | ✓ | | |
| | | Assegurar la Supervivència (mesures de seguretat física i d'observació) | Contenció mecànica (si procedeix) | ✓ | ✓ | | ✓ |
| | | | Contenció farmacològica (si procedeix) | ✓ | ✓ | | |
| | | | Assegurar un tractament eficaç | | | | |
| | Risc moderat | Avaluació psiquiàtrica | Avaluació urgent de la competència del pacient (en alt risc sempre; en risc moderat i baix valoració/consultoria respectivament). | | ✓ | | |
| | | | Segons circuit establert | ✓ | ✓ | | |
| | | Ingrés hospitalari (si ho requereix) | Posar l'intern en situació de vigilància permanent (presencial o amb càmera). | | | | ✓ |
| | | | Revisar acuradament el pacient i les seves pertinences (repetidament). | | | | ✓ |
| | | | Retirar tots els objectes perillosos (vidres, miralls, màquines d'afaitar, cordons, bosses, auriculars amb cables, cinturons, encenedors, ganivetes, medicació productes d'higiene, etc) amb el què es pugui auto lesionar. | | | | ✓ |
| | | | Supervisar el pacient directament durant l'administració del menjar o en situacions d'autocura personal (higiene). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | | | Promoure i facilitar la presència d'un intern de suport (si no està contraindicat*). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|---|
| <div></div> <div></div> <div></div> <div>Risc baix</div> | Tractament segons patologia i circumstàncies | Informar a la resta de professionals del risc suïcida i altres riscos si s'escau. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | | Monitorar l'evolució de la ideació suïcida. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | | No jutjar ni infravalorar els pensaments referits del pacient. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | | Informar al pacient de les mesures adoptades i del pla terapèutic i d'intervenció. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | | Segons patologies específiques. | ✓ | ✓ | | |
| | Seguiment clínic ambulatori | Dels professionals sanitaris. | ✓ | ✓ | | |
| | | Del psicòleg clínic i o mòdul. | | ✓ | ✓ | |
| | Intervenció psicològica | Derivació al Programa N'VIU. | | | ✓ | ✓ |
| | Mesures rehabilitació | Augment d'activitats: esportives, culturals, creatives... | | | | |
| | | Millorar suports familiars/socials. | | | | |
| | Seguiment longitudinal | Augment seguiment individual. | | | | |
| | | Altres | | | | |
| | | Anotar als sistemes d'informació propis i/o compartits (SIPC; ECAP; HC3;...) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | (desactivació als 12 mesos del seguiment en casos de temptativa i/o risc alt) | Mantenir freqüència de seguiment segons grau risc (veure figura 3). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | | Actitud observadora i atenció a possibles canvis en factors de risc, senyals d'advertència, protectors situacions vitals estressants. situacions vitals estressants. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

A continuació de l'avaluació del nivell de risc de suïcidi de l'intern, cal fer un seguiment des de tots els àmbits penitenciaris:



* En cas de risc moderat, es coordinarà en reunió d'EMD per a cada cas si el seguiment el fa el psicòleg clínic o el de mòdul.

Després d'una temptativa, el nivell de risc sempre serà alt, malgrat s'hagi obtingut l'alta hospitalària. L'avaluació clínica del cas determinarà si el risc disminueix i passa a moderat i finalment baix. El nivell baix es desactivarà als 12 mesos del seguiment (des de la primera avaluació del risc).

7. EL SUPORT ENTRE IGUALS.

El suport i atenció entre iguals es preveu com una eina útil en la detecció i prevenció de situacions de risc de conductes autolítiques. Per això, el programa marc preveu la formació de grup d'interns perquè puguin desenvolupar aquesta actuació amb els seus iguals.

Selecció

La incorporació al grup de suport serà avaluada per la Junta de Tractament, amb presència i assessorament dels Serveis Sanitaris del Centre, a proposta de qualsevol professional del centre que valori com idònia un/a candidat/a. La Junta valorarà, especialment, el següent:

Capacitat de resolució de problemes, afrontament de l'estrès, actituds i motivació.

Amb presència estable al centre, bon comportament i sense trasllat previsible a curt termini.

Sense expedients disciplinaris molt greus.

Sense història d'autolesions, familiars amb antecedents de suïcidi, o de

Trastorn mental sever.

Sense consum actiu de tòxics, comprovat mitjançant analítiques.

Que no hagi format part abans del protocol de prevenció de suïcidis.

Formació

La Direcció del centre programarà pels/les interns/es de suport una acció formativa, sota la supervisió i orientació dels serveis centrals, i amb el suport dels professionals de tractament, sanitari i organitzacions externes col·laboradores.

Aquesta formació tindrà una durada aproximada de 20-25 hores. Els seus objectius principals seran:

Conscienciar sobre l'activitat que es va a desenvolupar.

Objectius a assolir i importància de l'activitat demanada.

Detecció de situacions de risc.

Tècniques d'escolta activa.

Protocol d'actuació.

Per part de la direcció del centre, es programaran reunions periòdiques amb els/les interns/es que formen part del grup de suport.

Activitat

L'activitat que es demana a un/a intern/a de control pot ser:

Compartir cel·la amb un/a intern/a que està en el Protocol de prevenció de Suïcidi.

A més de compartir cel·la, acompanyar-lo/la en totes les activitats que no siguin col·lectives.

Romandre de l'intern/a en risc (les 24 hores).

Per a cada cas en concret, l'intern/a de suport rebrà instruccions específiques per part dels serveis mèdics, en presència del cap de serveis i el seu tutor/a.

Aquesta tasca serà considerada destinació dins del centre penitenciari, i rebrà les recompenses que valori el Consell de Direcció del centre. SAM????

Baixa

Haurà de ser aprovada per la Junta de Tractament, i motivada per algun dels motius següents:

Incompliment de les instruccions rebudes.

Incapacitat per desenvolupar la tasca encomanada.

Absència injustificada de les sessions de formació i/o coordinació.

8. RISCANVI I N'VIU: Detecció i tractament.

L'avaluació mitjançant els protocols RisCanvi permet obtenir una valoració del risc que fa referència a tres criteris relacionats amb la violència, un d'ells l' autodirigida.

Aquesta avaluació pot donar un resultat d'alt, mig o baix. L'eina, per tant, ofereix una població a la què cal oferir una especial atenció en la prevenció del suïcidi: **el conjunt d'interns amb valoració alt en el criteri de violència autodirigida.**

En aquest sentit cal recordar que, una autolesió, ja sigui greu o lleu, es considera un esdeveniment crític, motiu pel qual els EMD han de realitzar una re avaluació del cas mitjançant el protocol RisCanvi.

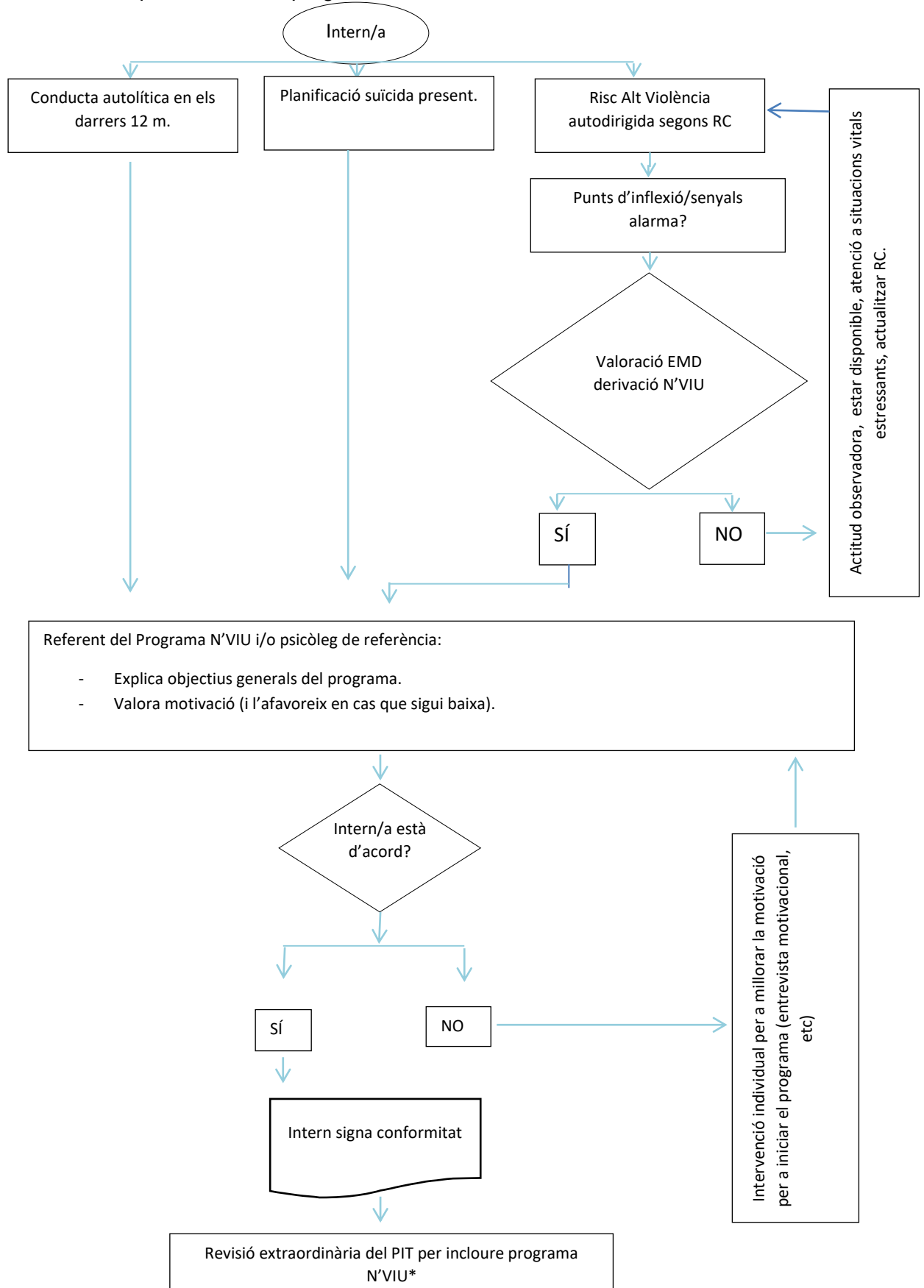
En cas que un intern realitzi una autolesió al centre (ja sigui lleu o greu) cal que sigui derivat al **Programa grupal Psicoeducatiu N'VIU: Programa Grupal Psicoeducatiu per a persones amb temptatives autolítiques**. Aquest programa, estructurat i cognitiu conductal, té com a objectiu millorar les habilitats d'afrontament davant situacions crítiques i entrenar maneres més funcionals per demanar ajuda i solucionar els problemes.

Es recomana, a banda, que tots els interns amb **risc alt** en violència autodirigida segons RisCanvi, **siguin derivats al Programa N'VIU sempre que l'EMD ho consideri oportú** (no cal que hagi realitzat intent autolític al centre) per descompensació psiquiàtrica o fer identificació de situacions vitals estressants (pèrdues, separacions, morts...). Les darreres evidències en aquest camp indiquen que persones amb un nivell estructurat d'ideació suïcida (sense que encara hagin passat a l'acció) poden beneficiar-se d'intervencions d'aquesta natura.

Finalment, si un intern amb violència autodirigida alta no és derivat al Programa N'VIU, cal que es valori la derivació a altres subprogrames del PMOC com el de Resolució de Problemes o el d'Educació per la Salut (preferentment aquells subprogrames als què s'hagin inserit sessions preventives del suïcidi), o bé que s'abordi a nivell individual les variables que l'EMD consideri oportunes (identificació senyals de risc, prevenció de situacions de risc, estratègies d'afrontament...).

Cal que ens els casos de violència autodirigida alta, consti a l'agenda de rehabilitació quina intervenció s'articula en la prevenció del suïcidi.

Procediment per derivació al programa N'VIU



En cas que el Programa N'VIU coincideixi en el temps amb un Programa d'Intervenció Especialitzada (p.e. ViGe o Drogodependències), **es prioritzarà el seguiment del Programa N'VIU**, sense que això suposi un perjudici en la previsió de les dates d'execució de condemna.

El Programa N'VIU és un programa d'acompanyament, en el què el rendiment i l'assistència no es tindran en compte en les valoracions del SAM. En un programa d'aquest tipus és important ser flexibles i estar atents a les raons que motiven la falta rendiment/assistència.

9. ANÀLISI DELS SUÏCIDIS CONSUMATS.

L'anàlisi dels suïcidis consumats pretén establir mecanismes i processos que facilitin l'anàlisi de les morts per suïcidi i la implantació de millores en diferents àrees de l'organització i té com a objectiu:

Aprofundir en el coneixement que es tenia abans de la presentació de la conducta suïcida.

Conèixer el monitoratge realitzat abans dels fets.

Millorar la detecció, l'avaluació i predicció de la conducta.

Millorar la intervenció.

Revisar i millorar, si s'escau, el catàleg d'estratègies preventives.

Donar suport a l'equip.

Proposar l'adequació de les infraestructures perquè siguin el màxim de segures per prevenir els suïcidis dins dels centres de salut.

Oferir una atenció específica un cop s'ha produït el suïcidi, ja sigui per familiars i entorn pròxim als professionals implicats. Aquest tipus de suport ha de ser definit, regulat i comunicat. (Segones víctimes)

Aquest anàlisi es fa mitjançant reunió multidisciplinària dels professionals dels diferents àmbits d'actuació (vigilància, rehabilitació i salut) coneixedors del cas.

Atesa la complexitat per recavar informació rellevant passat el temps, cal que el procés d'indagació analític del succés fatídic comenci el més aviat possible i amb una metodologia "concreta" o procediment. (Annex 9).

10. LA CONDUCTA AUTOLESIVA

Els intents de suïcidi, amenaces i conductes auto lesives es consideren fenòmens típicament comuns en la població penitenciària, i en moltes ocasions són percebuts amb una clara intenció de manipulació. No és infreqüent que l'intern pretengui cridar l'atenció mitjançant l'amenaça de suïcidi o fins i tot fingint un intent amb la intenció d'obtenir algun guany secundari.

Hi ha autors que consideren que qualsevol intern que arribi a l'extrem d'amenaçar amb el suïcidi, o fins i tot dugui a terme alguna conducta auto lesiva, pateix com a mínim d'un desequilibri emocional pel qual hauria de rebre atenció especial. Però la majoria de vegades, aquestes situacions són enfocades simplement com intents de manipulació i, per tant, es considera que han de ser ignorades i no reforçades amb cap intervenció.

Tanmateix, no és infreqüent que un intent de manipulació considerat manipulatiu o fingit anticipi una mort per suïcidi. Existeix evidència que indica que les conductes suïcides qualificades com a manipuladores comporten un major risc de suïcidi. Alguns autors criden la nostra atenció sobre el fet que els interns considerats manipuladors no tinguin, a més, potencial de suïcidi, al pertànyer a grups mútuament no excloents. En general, almenys la meitat dels individus que han realitzat un intent de suïcidi arriben a consumir-lo²⁹. Nombrosos estudis demostren que la temptativa de suïcidi prèvia és un factor de risc en població general, resultant la variable clínica més fortament associada en el cas dels interns, sobre tot quan s'han dut a terme dins el context penitenciari³⁰.

Malgrat que la solució no sigui fàcil, la qüestió crítica del maneig dels interns que realitzen algun acte auto lesiu amb la intenció d'obtenir un benefici o guany secundari no és com etiquetar la conducta, sinó com reaccionar davant d'aquesta. La indiferència cap a aquest tipus de conductes auto destructives, per no mencionar en ocasions l'ús de mètodes punitius com la segregació i l'aïllament, poden empitjorar el problema al col·locar **l'intern en una** situació en la qual assumeixi cada vegada riscos més dramàtics. Fins i tot l'ús de qüestionaris estructurats i objectius per a detectar casos de simulació no ens donarà la certesa en la valoració d'aquestes conductes,

²⁹ Daniel AE. Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff. J Am Acad Psychiatry Law. 2006;34:165-175.

³⁰ Marzano L, Fazel S, Rivlin A, Howton K. Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case control study. Br J Psy. 2010;197:219-226

pel que hem d'extremar les precaucions a l'hora d'afirmar sobre el fingiment (o no) de malaltia mental per part d'algun intern, donada la imprecisió observada en estudis ben dissenyats.

Les conductes auto lesives representen un greu problema en l'àmbit penitenciari, tant per la seva magnitud com per la dificultat en el maneig de les mateixes, però avui en dia encara no estan suficientment estudiades.

11. GÈNERE I FACTORS DE RISC

La intervenció en la prevenció de suïcidis s'ha d'adaptar a les necessitats específiques dels diferents perfils de població penitenciària, especialment en el cas de les dones.

Les dones representen una proporció minoritària de la població penitenciària, actualment al voltant del 7 %, però amb uns trets i necessitats diferenciades de la població masculina que requereixen que un abordatge de la intervenció que tingui en compte la perspectiva de gènere. Així doncs, l'organització i l'atenció professional per a la prevenció del suïcidi per a dones ha de tenir en consideració les necessitats especials de salut, condicions de vida, interessos, factors socials i possibles antecedents de victimització en delictes violents que estan presents de forma prevalent en aquest sector de la població. D'altra banda, en aquest abordatge s'haurà de tenir una cura especial per garantir la igualtat d'oportunitats per a l'accés a l'educació, la cultura i l'atenció psicosocial, i per evitar qualsevol tipus de discriminació per raó de gènere.

12. ANNEXES

ANNEX 1. Preguntes exploratòries per al professional de rehabilitació durant l'entrevista d'ingrés.

ANNEX 2. Instrument *screening* per la valoració del risc suïcida en interns.

ANNEX 3. Indicadors de risc de conductes autolítiques greus.

ANNEX 4. Circuit d'actuació en cas de detecció de Risc Autolític a la Unitat d'Ingressos.

ANNEX 5. .Proposta model informe d'avaluació factors de risc en conductes auto lítiques greus. Orientacions per l'Equip de Tractament i Serveis Sanitaris (metges i psiquiatres.

ANNEX 6. Circuit d'actuació en cas de detecció de Risc Autolític en Mòdul de Residència.

Annex 7. Factors de risc, punts d'inflexió, senyals d'advertència i els factors de protecció de la conducta suïcida per als interns/es

Annex 8 . Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Annex 9. Anàlisi del suïcidi consumat.

ANNEX 1. Preguntes exploratòries per al professional de rehabilitació durant l'entrevista d'ingrés

- a. Alguna vegada l'ha fet un diagnòstic de malaltia mental? En cas afirmatiu, quina?
- b. Alguna vegada ha rebut tractament psicològic o psiquiàtric o ha estat ingressada en alguna unitat psiquiàtrica? En cas afirmatiu: motiu, centre, temps de tractament.
- c. Alguna vegada s'ha auto lesionat o ha intentat suïcidar-se? En cas afirmatiu, data, motius.
- d. Què sent davant l'ingrés a presó? Què espera? (Explorar por, estat d'alerta, expectatives de llarga estada, presència o no d'un bon assessorament de l'advocat, recursos personals d'afrontament...)
- e. Estat anímic de la interna:
 - Respon amb monosíl·labs, no vol parlar o la seva manera de parlar es massa lenta i li costa elaborar un relat coherent.
 - La forma de parlar es massa ràpida i va d'un tema a un altre sense control
 - Plora constantment
 - La seva motricitat està alterada o, pel contrari, excessivament controlada
 - No vol menjar
 - Manifesta que no pot dormir
 - Es sent molt culpable per algun fet que li hagi succeït (delicte, situació d'abandonament de la família...)

ANNEX 2. Instrument *screening* per la valoració del risc suïcida en interns

| Nom de l'intern/a: | | Data de l'entrevista: | | |
|--------------------|--|---|----|----|
| Data de naixement: | | Hora de l'entrevista: | | |
| | | CP: | | |
| Característiques | | Descripció | No | Sí |
| 1 | Major de 40 anys. | L'intern té 40 anys o més. | | 17 |
| 2 | Sense adreça ni residència fixa, | En els moments previs a l'ingrés l'intern no tenia adreça ni residència fixa. | | 23 |
| 3 | Un ingrés previ. | En el passat, l'intern va estar una vegada en un centre de preventius o de penats. Aquesta és la segona vegada. | | 14 |
| 4 | Història d'abús de múltiples drogues dures. | En el passat, l'intern ha pres drogues dures (com a mínim una vegada a la setmana) en combinació amb (com a mínim una de les següents): a. Drogues toves (mínim tres vegades a la setmana). b. Grans quantitats d'alcohol (mínim tres vegades per setmana). c. Quantitats no terapèutiques de medicació (mínim un cop a la setmana). | | 13 |
| 5 | Història de tractament per símptomes psiquiàtrics. | L'intern ha estat tractat alguna vegada per símptomes psiquiàtrics en un hospital psiquiàtric o general, en un centre de salut mental ambulatori o per un psiquiatra o psicòleg independent. | | 27 |
| 6 | Trastorn psicòtic o un altre diagnòstic | En els últims cinc anys, l'intern ha estat diagnosticat | | 24 |

| | | | | |
|------------------|---|--|---------------------|----|
| | en l'eix I del DSM-IV* | d'esquizofrènia (o un altre trastorn psiquiàtric), o ha patit trastorn d'ansietat, de l'humor, somatomorf o dissociatiu. | | |
| 7 | Intents suïcides previs o conductes autodestructives. | En el passat, l'intern, intencionalment, s'ha auto lesionat, enverinat o ferit o ha intentat penjar-se, ofegar-se o ha fracassat d'altres maneres. | | 13 |
| 8 | Expressions o intents suïcides durant el procés judicial. | Durant l'entrevista d'ingrés l'intern ha fet observacions que poden assenyalar tendències suïcides o les ha fet durant la detenció en comissaria, en el jutjat o en el trasllat, o ha intentat suïcidarse en alguna d'aquestes situacions. | | 24 |
| Puntuació | Si és de 24 punts o més, alertar als membres de l'equip de salut mental. | | Punts totals | |

*Aquesta resposta es considerarà afirmativa només si s'ha realitzat un diagnòstic definitiu. La història clínica de salut mental prèvia no és suficient indicació de l'existència d'un trastorn mental diagnosticable.

Si l'intern dona la impressió de ser suïcida sense que ho mostri l'instrument d'avaluació, els membres de l'equip de salut mental han de ser informats d'aquests sospita.

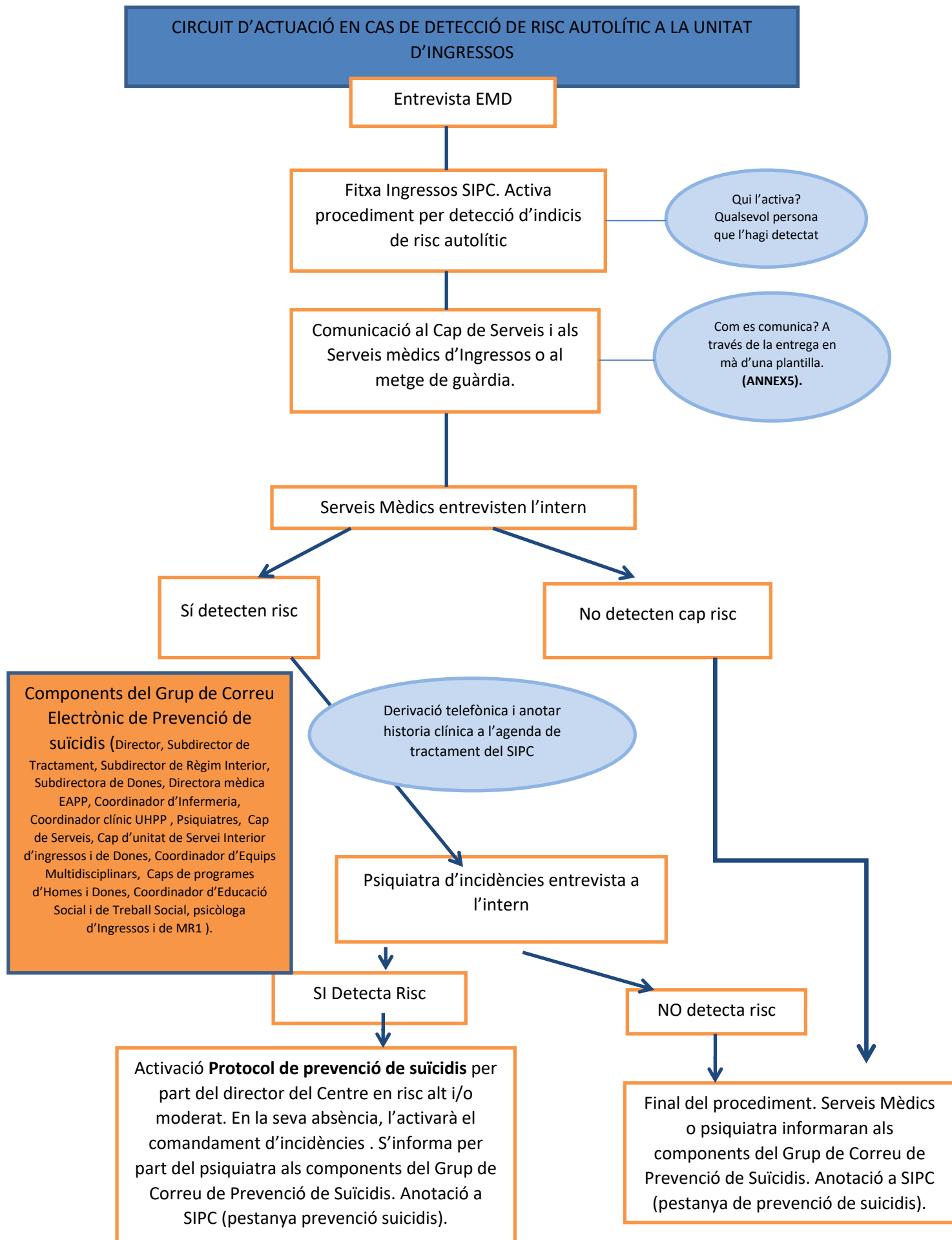
Font: Traduït de Kerkhof A, Blaauw E, 2009³¹

³¹ Kerkhof A, Blaauw E. Suicide in prisons and remands centers. Screening in prevention. En: Wasserman D, Wasserman C. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009.

ANNEX 3. Indicadors de risc de conductes autolítiques greus.

- a. L'intern/a no vol fer vida ordinària, es manté sense fer activitats
- b. L'intern/a mostra poc interès en les relacions amb els altres, i es mostra solitari/a.
- c. Se'l veu trist/a i plora amb facilitat
- d. Verbalitza que no veu sortida a la seva situació i que mai podrà sortir de la presó.
- e. Es mostra més irritat/da del que es habitual en ell/a, enfadant-se per aspectes que no tenen massa importància.
- f. S'observa que no menja o que pren petites quantitats d'aliments.
- g. A la tornada de sortides judicials, s'observa un canvi en l'estat d'ànim (es mostra angoixat/da, alterat/da...)
- h. Hi ha canvis en la seva situació penal-processal i penitenciària, especialment en delictes violents o de repercussió pública, provocant canvis en l'estat d'ànim.
- i. S'aprecia un deteriorament progressiu en el seu aspecte.
- j. Manifesta tenir problemes per dormir o, tot el contrari, no vol sortir del llit i vol estar tot el dia dormint
- k. Sembla estar absent.
- l. La seva forma de parlar es especialment lenta i li costa fer un relat coherent.
- m. La seva forma de parlar es massa ràpida i salta d'un tema a un altre constantment.
- n. Manifesta que es sent molt culpable per algun fet que hagi passat al centre o fora d'ell;
- o. Manifesta que se li fa insuportable el patiment que està provocant als seus familiars pel seu ingrés a presó.
- p. Afirmar que vol morir-se
- q. Relata (directament al funcionari o a d'altres interns/es) un possible pla per acabar amb la seva vida o s'observen indicis d'estar planificant una acció suïcida.
- r. Ha regalat possessions o objectes personals que apreciava.
- s. A l'escorcoll rutinari de la cel·la es troben escrits, llibres, dibuixos, documents, que puguin indicar ideació suïcida.
- t. Tant en comunicacions telefòniques, com en les ordinàries, s'observen manifestacions, de la interna o dels seus comunicants, sobre desig de morir o situació greu de desesperança.
- u. Altres observacions:

ANNEX 4.



ANNEX 5. .Proposta model informe d'avaluació factors de risc en conductes auto lítiques greus. Orientacions per l'Equip de Tractament i Serveis Sanitaris (metges i psiquiatres).

| FACTORS DE RISC | Presència/Absència del factor |
|--|-------------------------------|
| FACTORS PERSONALS | |
| Antecedents d'intents de suïcidi (en el passat). | |
| Antecedents de tractament psiquiàtric o malaltia mental. | |
| Antecedents en el consum de tòxics. | |
| Antecedents d'esdeveniments vitals traumàtics (<i>life events</i>): abús sexual o físic durant la infantesa, abandonament. | |
| Malaltia física crònica. | |
| Antecedents d'ingrés psiquiàtric (especialment dins els 6 mesos previs) | |
| Delictes per crim violent (especialment homicidi, violació, delictes contra menors) | |
| Primer ingrés. | |
| Estat civil: solter o divorciat. | |
| FACTORS CLÍNICS | |
| Depressió. | |
| Idees suïcides | |
| Desesperança | |
| Irritabilitat, ràbia. | |

| | |
|---|--|
| Psicosis | |
| Trets d'impulsivitat, agressivitat. | |
| Trastorn de personalitat: trets del <i>clúster</i> B, trastorn greu de personalitat | |
| No acceptació d'ajuda | |
| FACTORS SOCIALS | |
| Recent esdeveniment vital crític (conflicte familiar, una pèrdua sensible, rebre notícies negatives, pèrdua de suport, recents sancions punitives, nous càrrecs, una sentència no esperada, una pèrdua de privilegis, etc). | |
| Sentència de llarga durada. | |
| Recent situació d'assetjament: humiliació, agressió sexual, assetjament, conflicte amb altres interns. | |
| Soledat | |
| FACTORS AMBIENTALS | |
| Ubicació en cel·les d'aïllament/individuals. | |
| Període inicial d'ubicació en qualsevol unitat (fonamentalment durant els dos primers mesos) | |
| Accés a punts d'ancoratge | |
| FACTORS AGUTS | |
| Pla suïcida. | |
| Disponibilitat de medis (mediació letal, objectes tallants, punts d'ancoratge, etc). | |
| Actes d'anticipació (nota suïcida, posada a punt d'assumptes personals, etc). | |
| Ansietat, agitació | |

| | |
|---|--|
| Consum recent de substàncies. | |
| Depressió, disfòria. | |
| Psicosis amb deliris de ruïna o sentència de mort. | |
| Insomni global. | |
| ALTRES (factors de risc específic-individual). | |

Les circumstàncies observades que fan pensar que existeix risc de conductes autolítiques són:

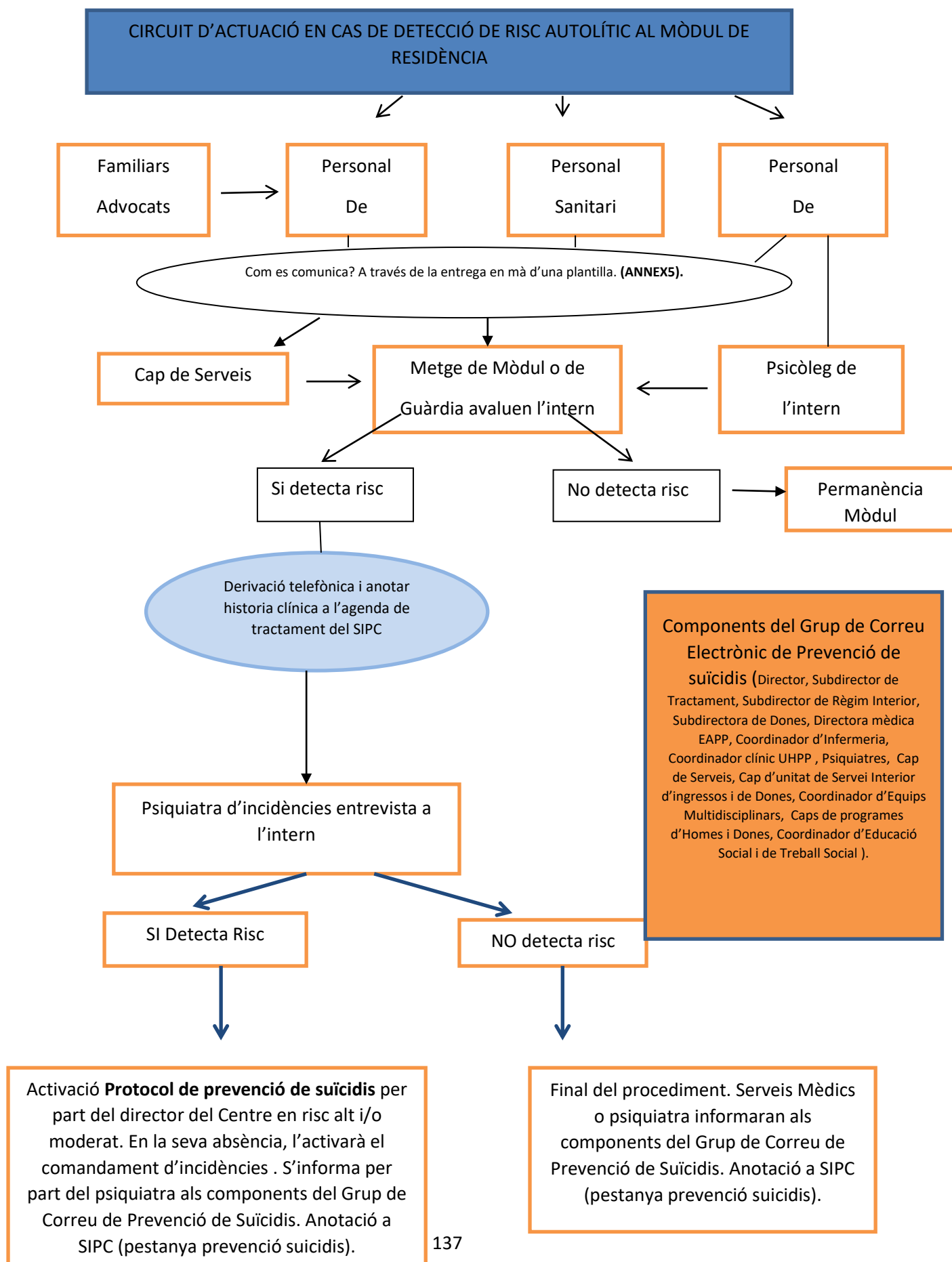
Professional NIP

Signatura

CP

Aquest informe es posarà en coneixement immediat dels serveis mèdics.

ANNEX 6.



ANNEX 7. Factors de risc, punts d'inflexió, senyals d'advertència i els factors de protecció de la conducta suïcida per als interns/es

La conducta suïcida no és una conducta aleatòria i es pot predir ja que es troba associada a diversos factors socials, psicològics i biològics. Conèixer bé aquests factors és de gran importància per avaluar adequadament el risc suïcida d'un individu. Tots els professionals han de tenir coneixement de les variables més rellevants a l'hora de definir un perfil de risc de conductes autolítiques.

Cal tenir present que els homes tenen un risc suïcida més alt que les dones i que el risc incrementa amb l'edat . (Els moments amb més risc d'intents i de suïcidis consumats al llarg de la vida són l'adolescència i l'edat avançada, tenint en compte que les persones de la tercera edat presenten taxes de suïcidi tres vegades superiors als adolescents, provocat, entre altres factors, a que utilitzen mètodes més letals).

FACTORS DE RISC:

Els factors de risc no són estàtics i no són infal·libles, els casos de suïcidi consumat tenen un perfil "més normal" que aquells que fan temptativa. D'altra banda, no existeix una sola causa ni una sola raó. Resulta d'una complexa interacció de factors biològics, genètics, psicològics, socials, culturals i mediambientals

Factors emocionals i factors psicològics:

- Els trastorns mentals amb major risc suïcida, en ordre descendent, són: Depressió, trastorn per consum d'alcohol, trastorn de personalitat (límit), esquizofrènia,.. El risc és major en les fases primerenques de la malaltia i en els primers sis mesos, després de l'alta d'un ingrés psiquiàtric.
- Sentiment de desesperança
- Impulsivitat, agressivitat, nivell de consciència alterat
- La rigidesa cognitiva
- La dificultat en la resolució de problemes
- El perfeccionisme
- La No acceptació d'ajuda

Esdeveniments vitals greus:

- Conducta autolítica prèvia, la malaltia mental,
- Antecedents de dependència o l'abús crònic de substàncies (alcohol especialment).
- Antecedents d'esdeveniments vitals traumàtics (*life events*): abús sexual o físic durant la infantesa, abandonament.
- Historial previ, personal i familiar de conductes suïcides.
- Absència de suport familiar i/o social.
- Mort o malaltia greu dels pares, parella, o altres persones significatives pel pacient.
- Coneixement del patiment d'una malaltia greu (càncer, VIH/Sida, neurològica invalidant,..
- Antecedents familiars de suïcidi

Factors penitenciaris:

- L'impacte psicològic de la detenció i l'encarcerament (primarietat delictiva i primers dies d'estada en el centre).
- Delictes contra les persones, llibertat sexual i violència familiar.
- Ressò en els mitjans de comunicació (premsa, TV, radio,..)
- Delictes de caire econòmic, pèrdua de ritme de vida acostumat a portar.
- Pèrdua de lligams familiars i medi social.
- Canvis en la situació processal i penitenciària (Notificació d'una resolució judicial molts desfavorable o coneixement de la decisió de repatriació i/o expulsió del país.
- Delictes per crim violent (especialment homicidi, violació, delictes contra menors)
- Primer ingrés.
- Sentència de llarga durada.

Factors mediambientals

- suport familiar insuficient/inadequat
- manca de xarxa social
- discapacitat per malaltia física, amb limitació funcional i dolor crònic
- problemes socials (socioeconòmics, aïllament...)
- esdeveniments vitals estressants (atur, problemes parella, circumstàncies tràgiques, problemes legals...)
- tenir accés a mitjans letals
- Estat civil: solter o divorciat.

- Viure sol
- Canvi o trasllat de centre
- Desinternament d'un company significatiu.
- Intent greu de suïcidi o suïcidi consumat d'un company.
- La separació del company, grup o sanció.
- Ubicació en cel·les d'aïllament/individuals.
- Període inicial d'ubicació en qualsevol unitat (fonamentalment durant els dos primers mesos)
- Accés a punts d'ancoratge
- Recent esdeveniment vital crític (conflicte familiar, una pèrdua sensible, rebre notícies negatives, pèrdua de suport, recents sancions punitives, nous càrrecs, una sentència no esperada, una pèrdua de privilegis, etc)
- Recent situació d'assetjament: humiliació, agressió sexual, assetjament, conflicte amb altres interns
- Pla suïcida.
- Disponibilitat de medis (mediació letal, objectes tallants, punts d'ancoratge, etc).
- Actes d'anticipació (nota suïcida, posada a punt d'assumptes personals, etc).

SITUACIONS D'ESPECIAL RISC EN EL QUE S'HAN D'EXTREMAR LA SOSPITA O LA DETECCIÓ

- Conducta autolesiva prèvia no manipulativa, antecedents de temptatives de suïcidi pròpies o en l'àmbit familiar.
- Períodes amb menor presència de professionals (caps de setmana, festius, vacances,..)
- Limitacions regimentals: art 75.2 del RP
- Situacions d'aïllament: art 10 o 43 de la LOGP; art. 72 i 75 del RP
- Situacions familiars o afectives greus: conflictes familiars, situació socioeconòmica de l'individu o família, (notificacions o notícies rebudes durant les comunicacions).
- Repercussió mediàtica de l'ingrés a presó, delictes, condemna, risc d'estigmatització.
- Modificació de la situació de compliment: canvis en la seva situació processal-penal (comunicacions amb agents judicials o advocats), com penitenciària (regressió de grau, permisos, denegació llibertat condicional, expulsió del país,..)
- Excarceració pròxima.
- Malaltia mental: depressió, trastorn bipolar, trastorn de personalitat, esquizofrènia,..
- Abús de substàncies: alcohol, associats o no a altres problemes de salut mental, deterior físic o desarrelament social.
- Tipologia delictiva: violència de gènere, àmbit familiar, contra les persones , llibertat sexual

ELS PUNTS D'INFLEXIÓ

- Sentència que afecta per a tota la vida/denegació de Llibertat Condicional/altres càrrecs.
- Pèrdua o alteració de les relacions exteriors.
- Conflictes, intimidació i la victimització dins de la presó.
- Augment de la frustració legal.
- Aproximació data de judici.
- Mort a la família.
- Impossibilitat d'assistir a rituals de dol.
- Separació a cel·les individuals d'observació.
- Infraccions disciplinàries.
- Ubicació a una unitat no desitjada.
- Trasllet a una presó des d'una altra presó, tribunal o unitat hospitalària.
- Classificació de grau més restrictiva que l'anterior.
- Esdeveniment de vida significativament negatiu.
- Assetjament sexual a la presó.
- Perdre el contacte amb els fills (en particular la separació dels fills a càrrec, o cedir la cura per part de les mares internes).
- Malaltia física, especialment les malalties cròniques i /o les associades amb el dolor i deteriorament funcional.
- Impossibilitat per continuar amb la cura de familiars d'edat avançada.
- Experiència d'humiliació o rebuig.
- Cònjuge o parella amb malaltia terminal.
- Aïllament de la família i altres persones importants.
- Percepció de manca de control sobre el futur.
- Pèrdua de suport social.
- Manca d'activitats amb propòsit o objectiu.
- Divorci recent o inestabilitat en la relació.
- Aniversaris o dates claus
- Intoxicació o símptomes d'abstinència a drogues.
- Influència d'actes suïcides d'altres interns
- Deteriorament de les condicions de la presó

SENYALS D'ALERTA o SENYALS D'AVÍS

- La retirada i l'aïllament, la falta d'interès en les relacions.
- Dir adéu a la gent.
- Regalar les pertinences, el lliurament d'altres coses que anteriorment es van dur a terme estimada.
- Canvis en el seu comportament i rutines (especialment si tenen relació temporal amb diligències judicials o comunicacions)
- aspecte trist (plor) o deixat
- irritabilitat no habitual
- no participa en les activitats de la manera habitual
- manifesta sentir-se:
 - malament
 - que no pot amb les coses que li passen
 - que és una càrrega per a la seva família
 - que se sent culpable
 - amb desesperança
- es descobreix material indicatiu d'intencionalitat suïcida
- algun altre parla de que ha expressat idees de mort
- Finalitzar compromisos.
- Parlar o escriure sobre la mort, morir o sobre treure's la seva vida.
- Tractar d'obtenir una cel·la individual.
- Deixar la medicació.
- Assaig de comportaments observats.
- Expressió d'ideació suïcida o l'amenaça de les autolesions
- La por engendrada pel desconeixement i la incertesa
- Culpabilitat excessiva.

SOBTADA MILLORA EN EL COMPORTAMENT

- Parlar de manera poc realista sobre sortir de presó (aparent optimisme que pot significar que l'intern creu resoldre els seus problemes amb la suïcidi).
- Mostra d'inusual felicitat després d'una període de depressió.
- Canvis en l'estat emocional
- Depressió, incloent trastorns del son, fatiga, pèrdua d'interès, l'estat d'ànim trist, alteració de la gana
- Sentiments de desesperança i impotència.
- Intenses emocions negatives (tristesa extrema en general, però de vegades la ira, la frustració o la recerca de la venjança).

- Preocupació pel passat i la mala comprensió de la present.
- Canvis d'humor.
- Expressar que no hi ha cap raó o sentit per viure.
- Augment de la impulsivitat
- Pensament dicotòmic.
- Baixa autoestima.
- Psicosi aguda.
- Estat d'ansietat aguda.
- Culpa greu o vergonya pel delictes i/o per l'ingrés a presó.
- Sentiments d'estar atrapat en un món indiferent o hostil.
- Trencament emocional o físic.
- Expressions de ràbia, ira

Factors protectors:

No tenir factors de risc; ser dona

Factors de protecció individuals.

- Habilitat en la resolució de conflictes o problemes. Bones habilitats d'afrontament.
- Absència de culpa i vergonya.
- Salut mental i benestar.
- Bona salut física.
- Seguretat física i emocional.
- Autoestima, autoimatge i autoconfiança
- Habilitats per les relacions socials i interpersonals (bona capacitat de comunicació)
- Tenir fills, especialment en les dones.
- Desenvolupar una bona adaptabilitat, flexibilitat cognitiva.

Factors de protecció socials o mediambientals.

- Recolzament familiar i social (amb força i qualitat). Entorn de vida segur
- Integració social (Sentit de la connexió social).
- Posseir creences i pràctiques religioses, espiritualitat o valors positius. (actitud positiva davant la vida; sentit positiu d'un mateix)
- Valors culturals i tradicionals
- Tractament i seguiment psicoterapèutics de llarga durada en pacients amb trastorns mentals i/o addiccions.
- Poca exposició al factor d'estrès ambiental.

ANNEX 8. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

| Signes i Síntomes de sospita de Risc Suïcidi | Sí | Punts | Nivell Risc suïcidi* |
|---|----|-------|---|
| Durant aquets darrer mes | | | |
| Ha pensat que estaria millor mort? | | 1 | RS ALT => 10 punts RS Moderat = 6 – 9 punts RS Baix = 1 – 5 punts |
| Ha volgut fer-se mal? | | 2 | |
| Ha pensat en el suïcidi? | | 6 | |
| Ha plantejat com fer-ho? | | 10 | |
| Ho ha intentat recentment? | | 10 | |
| Al llarg de la seva vida | | | |
| Alguna vegada ha intentat suïcidar-se? | | 4 | |
| Els nivells amb risc alt i moderat s’han de derivar a psiquiatria | | | |
| | | | |

*(1ª Valoració que no substitueix el judici clínic)

ANNEX 9: Procediment anàlisi suïcidi consumat

Quan es tingui coneixement d'un suïcidi, el/la Cap de programes referent de l'àrea, prèvia consulta i coordinació amb la direcció del Centre, convocarà a tots els membres de tractament de l'Equip Multidisciplinar, inclosos Cap d'Unitat de Seguretat Interior (CUSI), metge de referència, mestre i psiquiatra, si escau.

També hauran de participar altres membres (CAS,..) i monitors de les activitats en les què participés l'intern/a, així com qualsevol professional del centre que per motiu de la seva feina hagi tingut contacte rellevant amb l'intern/a amb antelació als fets .

La participació de tots els convocats és preceptiva i prioritària.

La reunió de treball, supervisada pel subdirector de tractament, s'ha de fer en un termini no superior a 15 dies després de l'incident.

De manera prèvia a l'anàlisi, els professionals reuneixen tota la informació (factors de risc, factors protectors, senyals d'alerta) disponible sobre l'intern amb especial incidència en la generada durant el mes anterior als fet, i amb especial significació de la informació regimental, tractament penitenciari, les relacions amb l'exterior (totes les comunicacions i vistes) i social. Així mateix els serveis sanitaris aporten la informació que pugui ajudar a comprendre la situació prèvia al desenllaç.

- El jurista recollirà tota la informació processal, penal i penitenciària prèvia
- El psicòleg la referent a l'actitud i estat d'ànim de l'intern/a així com altres elements de la seva personalitat que puguin aclarir la determinació suïcida.
- L'Educador social recollirà tota la informació d'assistència a activitats i actes lúdics, participació i motivació, i es coordinarà amb els mestres per aportar la informació de l'assistència a escola.

- La Treballadora social recollirà, tota la informació social rellevant
- El CUSI tota la informació regimental (incidents, expedients disciplinaris i comunicacions orals, escrites i telefòniques prèvies)
- La Cap de Programes aportarà còpia de l'agenda de tractament i altre informació rellevant continguda al SIPC.
- El professional sanitari aporta la informació que pugui ajudar a comprendre la situació prèvia al desenllaç.

Tota la informació recopilada, sempre que sigui possible, s'aportarà en suport paper a la primera sessió de treball.

S'analitza la documentació disponible i s'elabora una seqüència cronològica detallada de tots els fets que hagin pogut afectar l'intern/a durant un període no inferior a 15 dies.

S'elaboren les conclusions i propostes de millora que s'eleva a la Direcció del Centre.

12. BIBLIOGRAFIA.

<http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616>).

A nivell internacional, article 3 de la Declaració universal de drets humans de 10 de desembre de 1948; el Conveni d'Europa per a la protecció de drets humans, subscrit a Roma el 4 de novembre de 1950, i l'article 10 del Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics de 16 de desembre de 1966.

Anseán, Andoni (Dir.) Manual de Prevención, INtervención y Postvención de la Conducat Suicida. 2ª edición, revisada.

Correctional Suicide Prevention Framework . Working to prevent prisoner and offender suicides in Victorian correctional Settings Justice Health. July 2015

The Latvian Prison Administration. Guidelines for the Prison Administration and prisons on prevention of suicidal behaviour. Criminal Justice Programme of the European Union. September 30, 2016.

Jiménez Pietropaolo, J; Martín Ulloa, Navío Acosta, M; Pacheco Tabuenca, T.; Pérez-Íñigo Gancedo, J.L.; Petersen Guitarte, G.; Robles Sánchez, J.I.; Santiago García, P; Tébar del Río, I.; Torras García, A.; Villoria Borrego, L. ¡No estás solo! Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales.

Jiménez Pietropaolo, J; Martín Ulloa,S.; Pacheco Tabuenca,T; Santiago García, P. Guía de autoayuda. Prevención del Suicidio ¿Qué puedo hacer? Comunidad de Madrid. 10/02/2014.

I 14/2005. Programa Marco de Prevención de Suicidios. Dirección General Instituciones Penitenciarias.

Preventing Suicide: a global imperative. World Health Organization. 2014.

Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación antes conducta suicidas. Gobierno de Navarra. Julio 2014.

Rey Lede M.N.; Capdevila López J.M.(autors) i Herrador Carabante, A.; Real Deus, E. (coautors).
Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (Departament de Justícia). 2015.

Saavedra J, López M. *Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios* Elsevier: Revista de Psiquiatría y Salud Mental, Septiembre 2013.

Sompasy network. Recomendaciones para desarrollar un plan de actuación para la prevención del suicidio. Abril 2016.

Guidelines for the Prison Administration and prisons on prevention of suicidal behaviour

Recomanacions als mitjans audiovisuals sobre el tractament informatiu de la mort per suïcidi. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i Consell de l'Audiovisual de Catalunya. 2016

Anseán, Andoni (Dir.) Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2ª edición, revisada.

Daniel AE. Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006;34:165-175.

Marzano L, Fazel S, Rivlin A, Howton K. Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case control study. *Br J Psy*. 2010;197:219-226

Knoll J. Suicide in correctional settings: Assesment, prevention, and profesional liability. *J Correctional Health Care*. 2010; 16(3):188-204.

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA Y RIESGO SUICIDAS

Rosa Marina Fernández Barrera

INTRODUCCIÓN

En el capítulo anterior se ha incidido en recordar que la evaluación de la conducta y riesgo suicidas debe realizarse mediante la entrevista clínica y que nada puede sustituir a esta. Es el juicio clínico el que, siempre y en todo caso, prevalece a los resultados que puedan obtenerse por otros medios. Uno de estos medios son las escalas de evaluación, específicas o no, de la conducta suicida. Lamentablemente, estos instrumentos han sido desarrollados en muchos casos para su uso en investigación, por lo que su aplicación en la práctica clínica es muy limitada, llegando a estar desaconsejada por guías clínicas como la de la APA¹. A esto se le suma otra limitación: aunque suelen estar traducidas al español y, en casos, adaptadas y validadas en algunos países de habla hispana, muchas de ellas siguen sin estarlo para la población española².

Nada de ello puede hacernos desistir de utilizar todas las herramientas al alcance para ayudarnos en la evaluación, aunque sea en una primera aproximación o, en su caso, cribado del posible riesgo suicida que, como decimos, debe ser valorado en profundidad en el encuentro clínico, exploratorio y/o terapéutico con el paciente. En este sentido, pueden ser de utilidad tanto en los servicios de emergencias y urgencias como en atención primaria y especializada e incluso para las propias personas en riesgo suicida. Un aumento en la vigilancia y evaluación podría conllevar una mayor y precoz detección del riesgo suicida, con las consecuentes implicaciones para la prevención y disminución de suicidios. Y es que la evaluación de la conducta y riesgo suicidas no está extendida entre los profesionales sanitarios y, cuando se realiza, no siempre reúne los criterios de calidad adecuados. No podemos, por tanto, más que alentar iniciativas que conlleven el desarrollo de instrumentos de evaluación y su utilización por parte de los profesionales clínicos, como las que se están llevando a cabo en la actualidad en España a través de la creación de nuevas herramientas de evaluación^{3,4} o de la adaptación de otras ya existentes^{5,6}.

En este sentido, para la evaluación psicométrica de la conducta suicida se utilizan instrumentos específicamente desarrollados a tal fin u otros que, creados para una evaluación más general, incluyen módulos o ítems que la valoran. Estos instrumentos pueden ser autoaplicados o heteroaplicados por un entrevistador. A lo largo de este capítulo intentamos mostrar todos ellos siguiendo el orden (según su objeto de evaluación, forma de aplicación y validación) de la tabla 1.

ESCALAS DE EVALUACIÓN ESPECÍFICAS DE CONDUCTA SUICIDA

Escala de evaluación de la ideación y riesgo suicidas

Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicidal Ideation, SSI)⁷

Escala semiestructurada heteroaplicada, sin validar en España, que explora las ideas y riesgo suicidas a través de 19 ítems donde se valoran las características e intensidad de la ideación y planificación suicidas (tabla 2). Estos ítems poseen tres respuestas puntuadas de 0 a 2 cada una: a mayor puntuación, mayor riesgo.

Los cinco primeros evalúan la actitud hacia la vida y la muerte, los seis siguientes las características de la ideación suicida, los cuatro siguientes las características de la planificación suicida y los cinco últimos la actualidad de esta planificación.

Escala de Valoración de Gravedad de la Conducta Suicida de la Universidad

de Columbia (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)⁸

Escala semiestructurada heteroaplicada, validada en España, que explora el riesgo suicida a través de la ideación y comportamiento suicidas. Esta escala es la única avalada por la FDA norteamericana para la evaluación prospectiva del riesgo de suicidio en los ensayos clínicos⁹.

InterSePT (International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking) Scale for Suicidal Thinking, ISST¹⁰

Escala semiestructurada heteroaplicada, sin validación en España, que evalúa el riesgo suicida en pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo a través de 12 ítems que exploran la gravedad e intensidad de la ideación suicida durante la última semana.

*Escala SAD PERSONS (SAD PERSONS Scale)*¹¹

Breve escala heteroaplicada que consta de 10 ítems referidos a la existencia o no de otros tantos factores de riesgo suicida (tabla 3). Su nombre (“personas tristes” en español) es el acrónimo formado por la inicial de estos ítems, que puntúan 0 o 1 dependiendo de su presencia o ausencia.

< 2: Riesgo bajo.

3-4: Riesgo moderado. Seguimiento ambulatorio.

5-6: Riesgo alto. Hospitalización recomendable.

7-10: Riesgo muy alto. Precisa hospitalización.

A pesar de la popularidad que goza esta escala, no existe ningún estudio donde se evalúen sus propiedades psicométricas en España, de forma que los puntos de corte provienen del estudio original. No obstante, la SAD PERSONS ha sido recomendada en nuestro país por su contenido didáctico y facilidad de aplicación y también para su uso en atención primaria.

*Escala SPATHWARM*¹²

Escala heteroaplicada sin validación en España que, a semejanza de la escala SAD PERSONS, utiliza el acrónimo de 10 factores de riesgo suicida (tabla 4). En base a su presencia se puede establecer un grado de riesgo, según una puntuación idéntica también a la de la SAD PERSONS:

0-2: Riesgo bajo.

3-4: Riesgo moderado.

5-6: Riesgo alto.

7-10: Ingreso hospitalario.

*Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (Clinical Global Impression for Severity of Suicidality-CGISS)*¹³

Escala heteroaplicada sin validación en España que, de forma descriptiva, explora, a través de dos subescalas, respectivamente, la gravedad del riesgo suicida y su grado de mejoría después de las intervenciones terapéuticas.

*Índice de Potencia Suicida (Index of Potentia Suicida-IPS)*¹⁴

Escala heteroaplicada sin validación en España que valora el riesgo suicida a través de 69 ítems (19 de tipo social y 50 de tipo clínico) que puntúan de 0 a 4.

Escala de Evaluación del Suicidio (Suicide Assessment Scale, SUAS)¹⁵

Escala heteroaplicada a personas con antecedentes de tentativas suicidas que evalúa el riesgo suicida a través de 20 ítems puntuados de 0 a 4.

Escala de riesgo de suicidio de Pöldinger (Risk of Suicide Scale, ROSS)¹⁶

Lista de 35 criterios heteroaplicados que se corresponden con otros tantos factores de riesgo (tabla 5). La suma de las puntuaciones de la presencia o no de cada criterio facilita una orientación sobre la gravedad del riesgo suicida:

Riesgo muy
alto: >100.
Riesgo alto: 50-100.
Riesgo bajo: <50.

Tabla 1. Instrumentos psicométricos relacionados con la conducta suicida.

| Especificidad | Objeto evaluación | Instrumento de evaluación | Aplicación | Validación |
|---|--|---|----------------|------------|
| ESPECÍFICAS DE CONDUCTA SUICIDA | Intención y riesgo suicida | Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) | heteroaplicada | no |
| | | Escala de valoración de la gravedad de la conducta suicida de Columbia (C-SSRS). | heteroaplicada | no |
| | | InterSePT (International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking) (ISST) | heteroaplicada | no |
| | | Escala SAD PERSONS. | heteroaplicada | no |
| | | IS PATH WARM. | heteroaplicada | no |
| | | Escala de Impresión Clínica Global para la Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS). | heteroaplicada | no |
| | | Índice de Suicidio Potencial (IPS) | heteroaplicada | no |
| | | Escala de evaluación del suicidio (SUAS) | heteroaplicada | no |
| | | Escala de riesgo de suicidio (ROSS) de Pödingner | heteroaplicada | no |
| | | Cuestionario de Riesgo de Suicidio (RSQ) de Horowitz | heteroaplicada | si |
| | | Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS). | heteroaplicada | si |
| | | Escala de Ideación Suicida de Paykel (PSS). | autoaplicada | no |
| | | Cuestionario de Conducta Suicida de Linehan (SBQ) | autoaplicada | no |
| | | Checklist de Evaluación del Suicidio (SAC) | heteroaplicada | no |
| | | Escala de Evaluación del Suicidio (SAS) | heteroaplicada | no |
| | | Estimador del Riesgo Suicida (RES) | heteroaplicada | no |
| NO ESPECÍFICAS DE CONDUCTA SUICIDA | Tentativa suicida | Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS) | heteroaplicada | si |
| | | Gravedad Médica de la Tentativa (MDS) | heteroaplicada | no |
| | | Escala de Riesgo-Rescate (RRRS) | heteroaplicada | no |
| | Riesgo de repetición | Entrevista semi-estructurada para autopsia psicológica (SSIPA) | heteroaplicada | si |
| | | Escala de Edimburgo del Riesgo de Repetición (ERRS) | heteroaplicada | no |
| | | Escala de Intencionalidad Modificada (MIS) | heteroaplicada | no |
| | | Escala de Riesgo de Repetición (RRS) | heteroaplicada | no |
| | | MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). | heteroaplicada | si |
| | Estado psicopatológico Depresión, (des)esperanza y estrés vital | Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS). | heteroaplicada | si |
| | | Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS). | heteroaplicada | si |
| | | Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) | autoaplicada | si |
| | | Inventario de Razones para Vivir (RFL) | autoaplicada | si |
| | | Escala de Desesperanza de Beck (BHS) | autoaplicada | no |
| | Impulsividad y agresividad | Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE) | autoaplicada | no |
| | | Historia de agresión de Brown-Goodwin (BGLHA) | heteroaplicada | no |
| | | Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) | autoaplicada | si |
| | | Escala de Impulsividad de Plutchik (IS) | autoaplicada | si |
| | | Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) | autoaplicada | si |
| | | Escala de riesgo de violencia de Plutchik (RV) | autoaplicada | si |

Tabla 2. Escala de Ideación Suicida de Beck (*Scale for Suicidal Ideation, SS*).

| |
|--|
| 1. Deseo de vivir 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno |
| 2. Deseo de morir 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte |
| 3. Razones para vivir/morir 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo |
| 4. Deseo de intentar activamente el suicidio 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte |
| 5. Deseos pasivos de suicidio 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida |
| 6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida) 0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo |
| 7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio) 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo |
| 8. Actitud hacia la ideación/deseo 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación |
| 9. Control sobre la actividad suicida/deseos de <i>acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control |
| 10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad) 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos |
| 11. Razones para el intento contemplado 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta |
| 12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado) 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados |
| 13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado) 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto |

Tabla 2. Escala de Ideación Suicida de Beck (*Scale for Suicidal Ideation*) (continuación).

| |
|---|
| 14. Sentido de capacidad para llevar adelante el intento 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguros de su valor, capacidad |
| 15. Expectativas/espera del intento actual 0. No 1. Incierto 2. Sí |
| 16. Preparación actual para el intento contemplado 0. Ninguna 1. Parcial (p.ej.: empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p.ej.: tiene las pastillas, pistola cargada, etc.) |
| 17. Nota suicida 0. Ninguna 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2. Nota terminada |
| 18. Actos finales en anticipación de la muerte (p.ej.: testamento, póliza de seguros, etc.) 0. Ninguno 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales |
| 19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado 0. Reveló las ideas abiertamente 1. Frenó lo que estaba expresando 2. Intentó engañar, ocultar, mentir, etc. |

Tabla 3. Escala SAD PERSONS (*SAD PERSONS Scale*)

| Factores de riesgo | Sí | No |
|--|----|----|
| <i>Sex</i> Género masculino. | | |
| <i>Age</i> Edad < 20 ó >45 años. | | |
| <i>Depression</i> Depresión. | | |
| <i>Previous attempt</i> Tentativa de suicidio previo. | | |
| <i>Ethanol abuse</i> Abuso de alcohol. | | |
| <i>Rational thinking loss</i> Falta de pensamiento racional. | | |
| <i>Social support lacking</i> Carencia de apoyo social. | | |
| <i>Organized plan for suicide</i> Plan organizado de suicidio. | | |
| <i>No spouse</i> Sin pareja o cónyuge. | | |
| <i>Sickness</i> Problemas de salud. | | |
| Puntuación | | |

Tabla 4. Escala IS PATH WARM (*IS PATH WARM Scale*)

| Factores de riesgo | Sí | No |
|--|----|----|
| <i>Ideation</i> Presencia de ideación suicida. | | |
| <i>Substance abuse</i> Abuso de alcohol u otras drogas. | | |
| <i>Purposelessness</i> Pérdida del propósito en la vida. | | |
| <i>Anger</i> Expresión de agresividad controlada. | | |
| <i>Trapped</i> Sentimientos de que no existe otra salida. | | |
| <i>Hopelessness</i> Desesperanza. | | |
| <i>Withdrawing</i> Reducción del contacto con familiares y amigos. | | |

| | | |
|--|--|--|
| <i>Anxiety</i> Ansiedad, agitación o trastornos del sueño. | | |
| <i>Recklessness</i> Realización de actividades de riesgo sin considerar sus potenciales consecuencias. | | |
| <i>Mood</i> Cambios en el estado de ánimo. | | |
| Puntuación | | |

*Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Horowitz (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ)*¹⁷

Cuestionario autoaplicado, validado en México por Robles et al.¹⁸. Aunque fue desarrollado para el *screening* de riesgo suicida en niños y adolescentes, también ha sido aplicado en adultos¹⁹. Su versión completa consta de 14 ítems, aunque existe una versión breve de tan sólo 4²⁰, recomendada para el triaje en urgencias en personas sin afectación física grave (tabla 6). La respuesta afirmativa en el primer ítem clasificaría al paciente con el color amarillo. En cualquiera de las otras tres preguntas, las respuestas afirmativas clasificarían al paciente en color naranja y las negativas en amarillo.

*Escala de Riesgo de Suicidio de Plutchik (Risk of Suicide RS)*²¹

Escala autoaplicada validada en España por Rubio et al.²² que evalúa el riesgo suicida a través de 15 ítems que exploran la conducta suicida y la ideación suicida y depresiva (tabla 7). Puntuación 1 o 0, dependiendo si la respuesta es afirmativa o no. A mayor puntuación, mayor riesgo, considerándose que este está presente a partir de los 6 puntos.

*Escala de Ideación Suicida de Paykel (Paykel Suicide Scale PSS)*²³

Escala autoaplicada, sin validar en España, que explora la gravedad de la ideación suicida a través de 5 ítems dicotómicos. La ideación suicida se entiende presente al responder afirmativamente los ítems 3, 4 y/o 5. Las ideas de muerte, si las respuestas positivas se dan en los ítems 1 o 2.

*Cuestionario de Conducta Suicida de Linehan (Suicidal Behavior Questionnaire, SBOQ)*²⁴

Cuestionario autoaplicado de 4 ítems sobre ideas, comunicaciones, actitudes y expectativas sobre actos suicidas. Posee una versión revisada de 34 ítems que exploran 14 conductas suicidas.

Otras escalas de evaluación de la conducta y riesgos suicidas

Además de las anteriores, pueden mencionarse también otras escalas para el mismo fin, pero con un uso mucho menor:

- Checklist de evaluación del suicidio (*Suicide Assessment Checklist, SAC*)²⁵.
- Escala de evaluación del suicidio (*Suicide Assessment Scale, SAS*)²⁶.
- Estimador del riesgo de suicidio (*Risk Estimator for Suicide, RES*)²⁷.

Tabla 5. Escala de riesgo de suicidio de Pödlinger (*Risk of Suicide Scale ROSS*).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 1. Hombre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| 2. Mujer | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | |
| 3. Menos de 45 años | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| 4. Más de 45 años | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| 5. Soltero | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| 6. Casado | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| 7. Viudo | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| 8. Divorciado/separado | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| 9. Ausencia de religiosidad | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10. Dificultades familiares | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 11. Problemas amorosos. Conyugales y sexuales | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 12. Dificultades profesionales | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 13. Dificultades financieras | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 14. Enfermedad o delirio de enfermedad, dolores crónicos | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 15. Crisis biológicas (pubertad, climatario, gravidez) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 16. Aislamiento, desgana de vivir | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 17. Aislamiento/prisión | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 18. Tentativas anteriores de suicidio | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 19. Amenazas de suicidio/ideas suicidas | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 20. Fantasías y sueños en torno a la muerte | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 21. Suicidios en la familia o en el ambiente inmediato | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 22. Angustia | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 23. Inhibición de agresiones | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 24. Insomnio rebelde | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 25. Abusos alcohólicos | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 26. Abusos de medicamentos | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 27. Depresión determinada por las circunstancias ambientales (psicógena) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 28. Depresión no determinada por las circunstancias ambientales (endógena) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 29. Personalidad psicopática | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 30. Desarrollo anómalo neurótico | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 31. Alcoholismo crónico | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 32. Toxicomanía | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 33. Esquizofrenia | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 34. Enfermedad cerebral orgánica | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 35. Oligofrenia | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

0 = ninguna correlación o correlación escasa. 1 = correlación patente. 2 = correlación muy elevada.

Puntuación final: >100 = riesgo muy alto. 50-100 = riesgo alto. < 50 = riesgo bajo.

Escalas de evaluación del acto suicida

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)²⁸

Escala semiestructurada validada en España²⁹ que explora las características del intento suicida a través de 20 ítems en una escala de 0 a 2 puntos (tabla 8). A mayor puntuación, mayor gravedad del intento suicida que se está evaluando.

Tabla 6. Versión breve del Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Horowitz (*Risk of Suicide Questionnaire, RSQ*).

| Preguntas | SI | NO |
|--|----|----|
| ¿Acude Vd. porque ha intentado autolesionarse? | A | -- |
| ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con el suicidio? | N | A |
| ¿Ha tratado de suicidarse en el pasado? | N | A |
| ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas? | N | A |

N: Naranja. A: Amarillo. Es suficiente una respuesta de color naranja para que el paciente sea clasificado en este color.

Tabla 7. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (*Risk of Suicide RS*).

| Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un "sí" o un "no". | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir? | SI | NO |
| 2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? | SI | NO |
| 3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a? | SI | NO |
| 4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente? | SI | NO |
| 5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo? | SI | NO |
| 6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible? | SI | NO |
| 7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza? | SI | NO |
| 8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo? | SI | NO |
| 9. ¿Está deprimido/a ahora? | SI | NO |
| 10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a? | SI | NO |
| 11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez? | SI | NO |
| 12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien? | SI | NO |
| 13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse? | SI | NO |
| 14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse? | SI | NO |
| 15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida? | SI | NO |

Escala de Gravedad Médica de la Tentativa (Medical Damage Scale MDS)³⁰

Escala heteroaplicada, no validada en España, que mide la gravedad médica del intento de suicidio por medio de un único ítem con 9 opciones de respuesta, correspondientes a otros tantos niveles de gravedad de las consecuencias médicas de acto suicida.

Escala de Riesgo/Rescate (Risk/Rescue Rating Scale RRRS)³¹

Escala heteroaplicada, no validada en España, que evalúa la letalidad del intento suicida a través de 5 factores de riesgo y otros 5 factores de rescate puntuados cada uno de 1 a 3 (tabla 9). En base a su relación valora también el riesgo de repetición de la tentativa.

Puntuación en factores de riesgo:

5-15: Riesgo moderado.

13-15: Riesgo alto.

Puntuación en factores de rescate:

5-7: Menos rescatable.

9-15: Más rescatable.

Razón Riesgo/Rescate > 44: Riesgo alto de repetición del intento.

Tabla 8. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (*Suicide Intent Scale SIS*).

| I. CIRCUNSTANCIAS OBJETIVAS |
|---|
| 1. Aislamiento 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto |
| 2. Medición del tiempo 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable |
| 3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.) |
| 4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie |
| 5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro) 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales |

| |
|---|
| 6. Preparación activa del intento 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante |
| 7. Nota suicida 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota |

Tabla 8. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (*Suicidal Intent Scale, SIS*) (continuación).

| |
|--|
| 8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas) 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., “estoy cansado de la vida”, “pienso que estáis mejor sin mí”, “nada tiene objeto”) 2. Comunicación no ambigua (p. ej., “quiero morir”, “siento como si quisiera matarme”, “tomar pastillas”) |
| II. AUTOINFORME |
| 9. Propósito supuesto del intento 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas |
| 10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte 0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta |
| 11. Concepción de la letalidad del método 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal |
| 12. Seriedad del intento 0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida |
| 13. Actitud hacia el vivir/morir 0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir |
| 14. Concepción de la capacidad de salvamento médico 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica |
| 15. Grado de premeditación 0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento |
| III. CIRCUNSTANCIAS SUBJETIVAS |
| 16. Reacción frente al intento 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento |

| |
|---|
| 17. Preconcepciones de la muerte 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte |
| 18. Número de intentos de suicidio previos 0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más |
| 19. Relación entre ingesta de alcohol e intento 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento |
| 20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos, etc. cuando la droga no es el método utilizado para el intento) 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento |

Tabla 9. Escala de Riesgo-Rescate (*RiskRescueRating Scale*)

| |
|---|
| FACTORES DE RIESGO |
| 1. Método utilizado 1. Ingestión, cortes, apuñalamiento. 2. Ahogamiento, asfixia, estrangulamiento. 3. Precipitación, disparo. |
| 2. Alteración de la conciencia 1. No evidencia. 2. Confusión, semicoma. 3. Coma, coma profundo. |
| 3. Lesiones/Gravedad 1. Leve. 2. Moderado. 3. Severo. |
| 4. Reversibilidad 1. Buena. Expectativa de completa recuperación. 2. Favorable. Expectativa de recuperación con el tiempo. 3. Mala. Expectativa de secuelas si se recupera. |
| 5. Tratamiento requerido 1. Primeros auxilios en urgencias. 3. Cuidados intensivos, tratamientos especiales. |
| FACTORES DE RESCATE |
| 1. Lugar 3. Familiar. 2. No familiar, no lejano. 1. Lejano. |

| |
|--|
| 2. Persona que inicia el rescate 3. Persona clave. 2. Profesional. 1. Transeúnte. |
| 3. Probabilidad de ser descubierto por un “salvador” 3. Alta, casi segura. 2. Descubrimiento incierto. 1. Descubrimiento accidental. |
| 4. Facilitación del rescate 3. Pide ayuda. 2. Deja pistas. 1. No pide ayuda. |
| 5. Demora hasta el descubrimiento 3. Inmediatamente, una hora. 1. Más de tres horas. |

Entrevista semiestructurada para autopsia psicológica (Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy, SSIPA)³²

Entrevista semiestructurada, validada en España por García Caballero et al³³., que sirve de ayuda a la autopsia psicológica para determinar las circunstancias de la muerte. Está formada por 69 ítems divididos en 4 módulos: precipitantes y estresores, motivación, letalidad e intencionalidad.

Escalas de evaluación del riesgo de repetición del acto suicida

Existen escalas que valoran el riesgo de repetición tras un intento suicida. Las tres que destacamos son heteroaplicadas y sin validación en España:

- Escala de Edimburgo de riesgo de repetición (Edinburgh Risk of Repetition Scale, ERR)³⁴.
- Escala de intencionalidad modificada (Modified Intent Scale, MIS)³⁵.
- Escala de riesgo de repetición (Risk Repetition Scale, RRS)³⁶.

ESCALAS NO ESPECÍFICAS DE CONDUCTA SUICIDA

Escalas de evaluación de la psicopatología general

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)³⁷

Entrevista estructurada heteroaplicada, validada en España por Ferrando et al.³⁸, que explora los principales trastornos del eje I del DSM-IV TR, a través de distintos módulos, entre los que se encuentra uno con 6 preguntas relacionadas riesgo suicida (tabla 10).

Tabla 10. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI)).

| | | |
|--|-----------------|----|
| <i>Durante este último mes:</i> | | |
| 1. ¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto? | No | Sí |
| 2. ¿Ha querido hacerse daño? | No | Sí |
| 3. ¿Ha pensado en el suicidio? | No | Sí |
| 4. ¿Ha planeado suicidarse? | No | Sí |
| 5. ¿Ha intentado suicidarse? | No | Sí |
| <i>A lo largo de su vida:</i> | | |
| 6. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? | No | Sí |
| ¿Hay al menos una respuesta codificada Sí? | No | Sí |
| <i>Si Sí, especificar el nivel de riesgo de suicidio como sigue:</i> | | |
| 1 o 2 o 6 = Sí: | <i>Ligero</i> | |
| 3 o (2+6) = Sí: | <i>Moderado</i> | |
| 4 o 5 o (3+6) = Sí: | <i>Alto</i> | |

Escalas de evaluación de la depresión, la (des)esperanza y el estrés vital

Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale HDRS)³⁹

Escala heteroaplicada validada en España por Bobes et al.⁴⁰, que consta de 17 ítems que exploran el estado depresivo (tabla 11). Entre estos ítems se incluye uno referido al riesgo suicida, con diferentes respuestas según su gravedad:

Tabla 11. Ítem sobre conducta suicida la Escala de Hamilton para la Depresión (*Hamilton Depression Rating Scale, HDRS*).

| | |
|---|---|
| Ausente | 0 |
| Le parece que la vida no vale la pena ser vivida. | 1 |
| Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. | 2 |
| Ideas de suicidio o amenazas. | 3 |
| Intentos de suicidio (cualquier intento serio). | 4 |

Su puntuación se integra en la global de la escala.

*Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)*⁴¹

Escala heteroaplicada validada en España por Lobo et al.⁴² y formada por 10 ítems que exploran el estado depresivo, incluyendo uno sobre pensamientos suicidas:

- Disfruta de la vida o la acepta tal como viene.
- Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros.
- Probablemente estaría mejor muerto. Los pensamientos suicidas son habituales y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico.
- Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

Al igual que en la HDRS, su puntuación se integra en la global de la escala.

*Inventario de Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory, BDHI)*⁴³

Versión actualizada del inventario autoaplicado de Beck⁴⁴, validado en España por Conde et al.⁴⁵, que evalúa el estado depresivo a través de 21 ítems, de los que uno explora la ideación suicida por medio de 4 respuestas, ordenadas de menor a mayor riesgo suicida (tabla 12).

*Inventario de Razones para Vivir (Reason for Living Inventory, RFL)*⁴⁶

Instrumento autoaplicado adaptado y validado para población hispana por Oquendo et al.⁴⁷, en el que se exploran las razones para no suicidarse a través de 48 ítems en 6 subescalas en las que, a mayor puntuación, menor riesgo de suicidio (tablas 13 y 14).

Tabla 12. Ítem sobre conducta suicida del Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI).

| | |
|---|---|
| No tengo pensamientos de hacerme daño. | 0 |
| Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo. | 1 |
| Me gustaría quitarme la vida. | 2 |
| Me mataría si pudiera. | 3 |

Tabla 13. Subescalas del Inventario de Razones para Vivir (*Reasons for Living Inventory*, RFL).

| SUBESCALA | Ítems | PUNTO DE CORTE |
|--|---|----------------|
| Supervivencia y afrontamiento | 2/3/4/8/10/12/13/14/17/19/20/22/24/25/29/32/35/36/37/39/40/42/44/45 | 4,94 |
| Responsabilidad con la familia | 1/7/9/16/30/47/48 | 4,17 |
| Preocupación por los hijos | 11/21/28 | 4,02 |
| Miedo al suicidio | 6/15/18/26/33/38/46 | 2,13 |
| Miedo a la desaprobación social | 31/41/43 | 2,44 |
| Objeciones morales | 5/23/27/34 | 3,22 |

Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) 48

Escala autoaplicada no validada en España, con 20 ítems con respuesta verdadero/ falso en los que se evalúa la percepción sobre el propio bienestar presente y futuro y las expectativas de satisfacción con la vida (tabla 15).

Valora tres factores:

Factor afectivo: Ítems 1/6/13/15/19.

Factor motivacional: Ítems

2/3/9/11/12/16/17/20. Factor cognitivo:

Ítems 4/7/8/14/18.

La suma total orienta sobre el riesgo de

suicidio: 0-3: Riesgo mínimo o

ninguno.

4-8: Riesgo leve.

9-14: Riesgo moderado.

15-20: Riesgo alto.

Escala de Acontecimientos Vitales estresantes de Brugha (List of Threatening Experiences, LTE)49

Escala autoaplicada, sin validación en España, que explora la presencia o ausencia de 12 acontecimientos vitales estresantes en los últimos seis meses a través de otros tantos ítems referidos a muertes o enfermedades graves propias o cercanas, separaciones y rupturas afectivas, conflictos interpersonales, situación legal, laboral y económica o robos o pérdidas de objetos valiosos. A mayor puntuación, mayor estrés vital.

Tabla 14. Inventario de Razones para Vivir (*Reason for Living Inventory*, RFL).

| |
|---|
| <p> Muchas personas han pensado en el suicidio por lo menos una vez. Otras nunca lo han considerado. Así, lo haya considerado usted o no, nos interesan las razones que usted tendría para no suicidarse, si es que la idea se le ocurriera o si alguien se lo sugiriera. En las siguientes frases, hay razones que las personas a veces dan para no suicidarse. Quisiéramos saber cuán importante sería cada una de estas posibles razones para usted, en este momento, para no matarse. Por favor, anote esto a la derecha de cada pregunta. A cada razón puede dársele importancia que varía del 1 (sin ninguna importancia) al 6 (de suma importancia). Si la razón no se aplica en su caso o si usted no cree que la oración sea cierta, es poco probable que la razón fuera importante para usted y por lo tanto debe asignarle un 1. Por favor, use todos los números disponibles para que no resulte que la mayoría de las respuestas estén sólo en el medio (2, 3, 4, 5) o sólo en los extremos (1, 6). </p> |
| <p> Detrás de cada frase ponga el número que indique la importancia que tiene cada razón para no quitarse la vida en su caso. </p> <p> 1 = Sin ninguna importancia (como razón para no quitarse la vida, o no aplica en mi caso, o no creo en esto en absoluto) 2 = De muy poca importancia 3 = De poca importancia 4 = De alguna importancia 5 = De mucha importancia 6 = De suma importancia (como razón para no quitarse la vida, o creo mucho en esto y es extremadamente importante) </p> |
| <p> Aun si usted nunca ha considerado quitarse la vida o si cree que nunca consideraría seriamente matarse, sigue siendo importante que usted le asigne un número a cada razón. En tal caso, asigne el número basándose en por qué el matarse no es o nunca sería una opción para usted </p> |
| <p>1. Soy responsable y estoy comprometido con mi familia</p> |
| <p>2. Creo poder aprender a adaptarme y a lidiar con mis problemas</p> |
| <p>3. Creo tener control sobre mi vida y mi destino</p> |
| <p>4. Deseo vivir</p> |
| <p>5. Creo que sólo Dios tiene derecho a quitar una vida</p> |
| <p>6. Le tengo miedo a la muerte</p> |
| <p>7. Mi familia podría pensar que no los quiero</p> |
| <p>8. No creo que las cosas lleguen a ponerse tan miserables e irremediables que prefiriera estar muerto</p> |
| <p>9. Mi familia depende de mí y me necesita</p> |
| <p>10. No quiero morir</p> |
| <p>11. Quiero ver a mis hijos crecer</p> |
| <p>12. La vida es lo único que tenemos y es mejor que no tener nada</p> |
| <p>13. Tengo planes para el futuro que me gustaría llevar a cabo</p> |
| <p>14. Por mal que me sienta, sé que no durará</p> |
| <p>15. Le tengo miedo a lo desconocido</p> |
| <p>16. Quiero a mi familia y disfruto de ellos demasiado para dejarlos</p> |

| |
|---|
| 17. Quiero vivir todo lo que la vida ofrece y hay muchas experiencias que aún no he tenido y que quisiera tener |
| 18. Temo que mi método de matarme no funcionaría |
| 19. Yo mismo me aprecio lo suficiente para seguir viviendo |
| 20. La vida es demasiado bella y preciada para ponerle fin |
| 21. No sería justo dejar a mis hijos para que otros los cuiden |
| 22. Creo poder encontrar otras soluciones a mis problemas |
| 23. Tengo miedo de ir al infierno |
| 24. Amo la vida |
| 25. Soy demasiado estable para matarme |
| 26. Soy un cobarde y no tengo la valentía para matarme |
| 27. Mis creencias religiosas me lo prohíben |

Tabla 14. Inventario de Razones para Vivir (*Reason for Living Inventory, RFL*) (continuación).

| |
|--|
| 28. Podría tener un efecto perjudicial en mis hijos |
| 29. Tengo curiosidad sobre lo que pasará en el futuro |
| 30. Le dolería demasiado a mi familia y no quisiera hacerlos sufrir |
| 31. Me preocupa lo que otros pensarían de mí |
| 32. Creo que las cosas salen como convienen |
| 33. No podría describir dónde, cuándo ni cómo lo haría |
| 34. Lo considero inmoral |
| 35. Todavía me quedan muchas cosas por hacer |
| 36. Tengo la valentía de enfrentarme a la vida |
| 37. Soy feliz y estoy a gusto con mi vida |
| 38. Le tengo miedo al acto de matarme (el dolor, la sangre, la violencia) |
| 39. Creo que con matarme no lograría ni resolvería nada |
| 40. Tengo la esperanza de que las cosas mejorarán y el futuro será más feliz |
| 41. La gente pensaría que soy débil y egoísta |
| 42. Tengo un impulso innato de sobrevivir |
| 43. No quisiera que la gente pensara que no tenía control sobre mi vida |
| 44. Creo que puedo encontrar un propósito en la vida, una razón para vivir |
| 45. Para qué apresurar la muerte |
| 46. Soy tan inepto que mi método no funcionaría |
| 47. No quisiera que mi familia se sintiera culpable después |
| 48. No quiero que mi familia piense que soy egoísta o cobarde |

Tabla 15. Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale, BHS*).

| | | |
|---|---|---|
| <i>Instrucciones:</i> Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son “verdadero” (V) o “falso” (F). | | |
| 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo | V | F |
| 2. Puedo darme por vencido/a y renunciar ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo/a. | V | F |
| 3. Cuando las cosas van mal, me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así. | V | F |
| 4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años. | V | F |
| 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer. | V | F |
| 6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar. | V | F |
| 7. Mi futuro me parece oscuro. | V | F |

| | | |
|--|---|---|
| 8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio. | V | F |
| 9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro. | V | F |
| 10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro. | V | F |
| 11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable. | V | F |
| 12. No espero conseguir lo que realmente deseo. | V | F |
| 13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora. | V | F |
| 14. Las cosas no marchan como yo quisiera. | V | F |
| 15. Tengo una gran confianza en el futuro. | V | F |
| 16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa. | V | F |
| 17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro. | V | F |
| 18. El futuro me parece vago e incierto. | V | F |
| 19. Espero más bien épocas buenas que malas. | V | F |
| 20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré. | V | F |
| PUNTUACIÓN | | |

Escalas de evaluación de la impulsividad, la hostilidad y la agresividad

Historia de Agresión de Brown-Goodwin (Brown-Goodwin Lifetime History of Aggression, BGLHA)⁵⁰

Entrevista semiestructurada heteroaplicada sin validación en España que explora la biografía agresiva a través de 11 apartados:

1. Problemas disciplinarios escolares.
2. Problemas con los profesores.
3. Sentirse enfadado.
4. Problemas con figuras de autoridad en el trabajo.
5. Discusiones graves con familiares.
6. Peleas.
7. Destrozos de pertenencias propias.
8. Actos contra la ley.
9. Problemas con la policía.
10. Daños a otros con armas.
11. Autoagresiones.

Escala de Impulsividad de Barrat (Barrat Impulsiveness Scale BIS-11)⁵¹

Instrumento autoaplicado, adaptado y validado a la población hispana por Oquendo et al.⁵², que explora el grado de impulsividad cognitiva, motora y no planificada.

~~EscaladeImpulsividaddePlutchik(PlutchikImpulsivityScale,IS)~~⁵³

Escala autoaplicada validada en España por Rubio et al.⁵⁴, que evalúa, a través de 15 ítems, la (in)capacidad de autocontrol conductual, emocional o de planificación.

~~InventarideHostilidaddeBussDurkee(BussDurkeeHostilityInventory,BDHI)~~⁵⁵

Instrumento autoaplicado, adaptado y validado a la población hispana por Oquendo et al.⁵⁶, en el que se explora la hostilidad y aspectos relacionados a través de 75 ítems (verdadero/falso), repartidos en 8 subescalas:

1. Violencia.
2. Hostilidad indirecta.
3. Irritabilidad.
4. Negativismo.
5. Resentimiento.
6. Recelos.
7. Hostilidad verbal.
8. Culpabilidad.

~~EscaladeRiesgodeViolenciadePlutchik(RV)~~⁵⁷

Escala autoaplicada validada en España por Rubio et al.⁵⁸, que evalúa las conductas agresivas, los antecedentes delictivos y la tenencia de armas a través de 12 ítems.

ESCALAS RECOMENDADAS SEGÚN SU UTILIZACIÓN

Con ánimo de simplificar el uso de estas escalas, y a título meramente orientativo, a continuación exponemos una breve guía de cuál utilizar según el ámbito de atención primaria, de los servicios de urgencias y emergencias, de salud mental o de autoaplicación por el propio paciente.

Tabla 16. Escalas de evaluación de la conducta y riesgo suicidas sugeridas según su utilización.

| | | | |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---|
| HETEROAPLICADAS | ATENCIÓN PRIMARIA | | SAD PERSONS |
| | | | IS PATH WARM |
| | URGENCIAS | | Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Horowitz (RSQ) |
| | SALUD MENTAL | SIN TENTATIVA SUICIDA | Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) |
| | | | Escala de valoración de la gravedad de la conducta suicida de Columbia (C-SSRS) |
| | | CON TENTATIVA | Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS) |
| | | CON MUERTE | Entrevista semi-estructurada para autopsia psicológica (SSIPa) |
| AUTOAPLICADAS | | | Escala de Desesperanza de Beck (BHS) |
| | | | Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) |
| | | | Inventario de Razones para Vivir (RFL) |

Fuente: Elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11 Suppl):1-60.
2. Bobes J, Sáiz P. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014;7(1):1-4
3. García-Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, López-Castroman J, Sáiz PA, García-Portilla MP et al. Pro-tocolo breve de evaluación de suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:24-36.
4. Blasco-Fontecilla H, Delgado-Gomez D, Ruiz-Hernandez D, Aguado D, Baca-García E, López-Castromán J. Combining scales to assess suicide risk. *J Psychiatr Res*. 2012;46:1272-7.
5. García-Nieto R, Blasco-Fontecilla H, Paz Yepes M, Baca-García E. Translation and validation of the "Self-injurious thoughts and behaviors interview" in a Spanish population with suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6:101-8.
6. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ et al. Suicidality and risk of suicide-definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: A brief report. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:1040-6.
7. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47:343-52.
8. Posner K, Brent D, Lucas, C et al. Columbia-Suicide Severity Rating Scale, New York, Columbia University; 2007.
9. Sáiz PA, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014;7(1):1-4.
10. Lindenmayer, JP, Czobor P, Alphas L et al. The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity. *Schizophr Res*. 2003;63:161-70.
11. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PER- SONS scale. *Psychosomatics*. 1983;24: 343-5.
12. Berman A. Risk assessment, treatment planning, and management of the at-risk-for suicide client: The "how to" aspects of assessing suicide risk and formulating treatment plans. *Family Therapy Magazine*. 2006;5(4):7-10.
13. Lindenmayer JP, Czobor P, Alphas L, Nathan AM, Anand R, Islam Z, Chou JC, InterSePT Study Group: The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity. *Schizophr Res* 2003;63:161-70.
14. Zung WW. Clinical Index of potential suicide. En: Beck AT, Resnik HLP, Lettters DJ, eds. *The prediction of suicide*. Maryland: The Charles Press; 1974. p. 229-49.
15. Stanley B, Träskman-Bendz L, Stanley M. The Suicide Assessment Scale: a scale evaluating change in suicidal behavior. *Psychopharm Bull*. 1986;1:200-5.
16. Poldinger W. *La tendencia al suicidio*. Madrid: Morata; 1969.
17. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S, et al. Detecting suiciderisk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics*. 2001;107(5):1133-7.
18. Robles García R, Agraz Paez A, Ascencio Guirado M, Mercado Salcedo E, Hernández Muñoz L. Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33:292-7.

19. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ver-sión Resumida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
20. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
21. Plutchik R, van Praag HM, Conte HR et al. Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure. *Compr Psychiatry*. 1989;30:296-302.
22. Rubio G, Montero I, Jáuregui J et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol*. 1998;61:143-52.
23. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry*. 1974;124:460-9.
24. Linehan MM. Suicidal Behaviors Questionnaire. Unpublished inventory. Seattle: University of Washington; 1981.
25. Rogers JR, Alexander RA, Subich LM. Development and psychometric analysis of the Suicide Assessment Checklist. *Journal of Mental Health Counseling*. 1994;16:352-68.
26. Stanley B, Traskman-Bendz L, Stanley M. The Suicide Assessment Scale: a scale evaluating change in suicidal behavior. *Psychopharmacol Bull*. 1986;22(1):200-5.
27. Motto JA, Bostrom AG. Preliminary field testing of risk estimator for suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1985;15:139-50.
28. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. En: Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ (eds.). *The prediction of suicide*. Bowie, Charles Press; 1974, pp. 45-56.
29. Díaz FJ, Baca-García E, Díaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D et al. Dimensions of suicidal behavior according to patient reports. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253(4):197-202.
30. Beck AT, Beck R, Kovac M. Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *Am J Psychiatry*. 1975;132:285-7.
31. Weisman AD, Worden JW. Risk-rescue rating in suicide assessment. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;26(6):553-560.
32. Werlang B. A semistructured interview for psychological autopsy: an inter-rater reliability study. *Suicide Life-Threat Behav Res Ther*. 2003;33:326-30.
33. Garcia-Caballero A, Recimil MJ, Tourino R, Garcia-Lado I, Alonso MC, Werlang B, et al. Adaptación y validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPA) en español. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(6):332-9.
34. Kreitman N, Foster J. The construction and selection of predictive scales, with special references to parasuicide. *Br J Psychiatry*. 1991;159:185-92.
35. Pierce DW. Suicidal intent in self-injury. *Br J Psychiatry*. 1977;130:377-85.
36. Buglass D, Horton J. A scale for predicting subsequent suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 1974;124:573-8.
37. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI et al. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *Eur Psychiatry*. 1997;12:232-41.

38. Ferrando L, Bobes J, Gibert J et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. Madrid; 2000.
39. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 1960;23:56-62.
40. Bobes J, Bulbena A, Luque A et al. Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin.* 2003;120:693-700.
41. Montgomery SA, Asberg MA. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979;134:382-9.
42. Lobo A, Chamorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery-As.berg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin.* 2002;118:493-9.
43. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: Manual. 2ª ed. San Antonio, Texas: Harcourt; 1996.
44. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory:
45. Twenty-five years of the evaluation. *Clin Psychol Rev.* 1988;8:77-100.
46. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat.* 1975(12):217-36.
47. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL et al. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51:276-86.
48. Oquendo MA, Graver R, Baca-García E et al. Spanish adaptation of the Reason for Living Inventory (RFL). *Hispanic J Behav Sci.* 2000;22:369-80.
49. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale, *J Consult Clin Psychol.* 1974;42:861-5.
50. Brugha TS, Cragg D. The list of threatening experiences: The reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatr Scand.* 1990;82:77-81.
51. Brown GL, Goodwin FK, Ballenger JC et al. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry Res.* 1979;1:131-9.
52. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol.* 1995;51:768-74
53. Oquendo MA, Baca-García E, Graver R et al. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *Eur J Psychiatry.* 2001;15:147-155.
54. Plutchik R, van Praag HM. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 1989;(Suppl) 23-4.
55. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Martínez ML, Álvarez S, Marín JJ et al. Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol.* 1998;61(3):223-32
56. Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychiatry.* 1957;21:343-8.
57. Oquendo MA, Graver R, Baca-García E et al. Spanish adaptation of Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). *Eur J Psychiatry.* 2001;15:101-12.
58. Plutchik R, Van Praag HM. A self report measure of violence risk, II. *Compr Psychiatry.* 1990;31:450-456.

59. Rubio G, Montero I, Jaúregui J, Salvador M, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik en población española. Arch Neurobiol. 1998;(61)4:307-316.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

ESCALAS DE EVALUACIÓN ESPECÍFICAS DE CONDUCTA SUICIDA

Escalas de evaluación de la ideación y riesgo suicidas

- Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)
- Escala de Valoración de Gravedad de la Conducta Suicida de la Universidad de Columbia (Columbia–Suicide Severity Rating Scale, C–SSRS)
- InterSePT (International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking) Scale for Suicidal Thinking (ISST)
- Escala SAD PERSONS
- Escala IS PATH WARM
- Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (Clinical Global Impression for Severity of Suicidality, CGI–SS)
- Índice de Potencial Suicida (Index of Potential Suicide, IPS)
- Escala de Evaluación del Suicidio (Suicide Assessment Scale, SUAS)
- Escala de riesgo de suicidio de Pöldinger (Risk of Suicide Scale, ROSS)
- Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Horowitz (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ)
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)
- Escala de Ideación Suicida de Paykel (Paykel Suicide Scale, PSS)
- Cuestionario de Conducta Suicida de Linehan (Suicidal Behavior Questionnaire, SBQ)
- Otras escalas de evaluación de la conducta y riesgo suicidas

Escalas de evaluación del acto suicida

- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)
- Escala de Gravedad Médica de la Tentativa (Medical Damage Scale, MDS)
- Escala de Riesgo–Rescate (Risk Rescue Rating Scale, RRRS)
- Entrevista semi–estructurada para autopsia psicológica (Semi–Structured Interview for Psychological Autopsy, SSIPA)

Escalas de evaluación del riesgo de repetición del acto suicida

- Escala de Edimburgo de riesgo de repetición (Edinburgh Risk of Repetition Scale, ERRS)
- Escala de intencionalidad modificada (Modified Intent Score, MIS)
- Escala de riesgo de repetición (Risk Repetition Scale, RRS)

Escalas de evaluación de la psicopatología general

- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Escalas de evaluación de la depresión y la (des)esperanza y el estrés vital

- Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)
- Escala de Depresión de Montgomery–Asberg (Montgomery–Asberg Depression Rating Scale, MADRS)
- Inventario de Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory, BDI–II)
- Inventario de Razones para Vivir (Reasons for Living Inventory, RFL)
- Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS)
- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (List of Threatening Experiences, LTE)

Escalas de evaluación de la impulsividad, la hostilidad y la agresividad

- Historia de Agresión de Brown–Goodwin (Brown–Goodwin Lifetime History of Aggression, BGLHA)
- Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS–11)
- Escala de Impulsividad de Plutchik (Plutchik Impulsivity Scale, IS)
- Inventario de Hostilidad de Buss–Durkee (Buss–Durkee Hostility Inventory, BDHI)
- Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV)

ESCALAS RECOMENDADAS SEGÚN SU UTILIZACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

Anexo 6. Infografía en Castellano sobre las Señales de Alerta en Medio Penitenciario



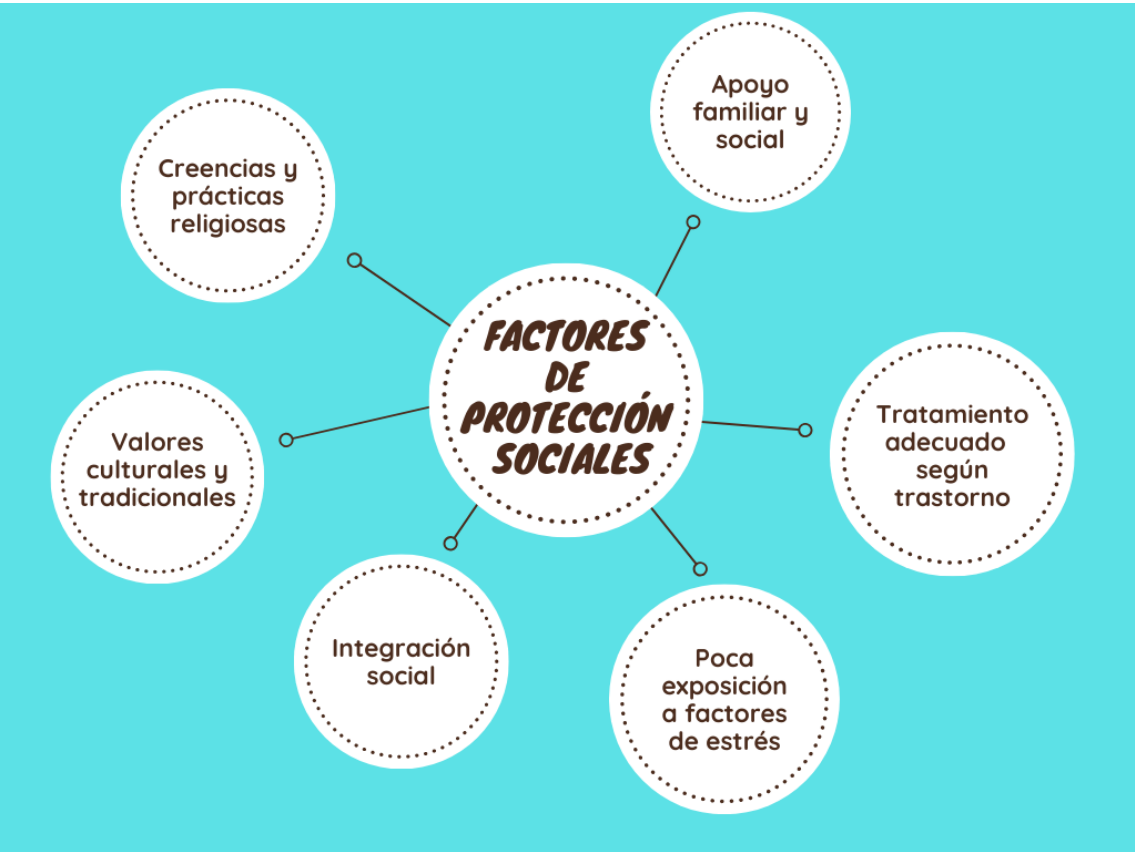
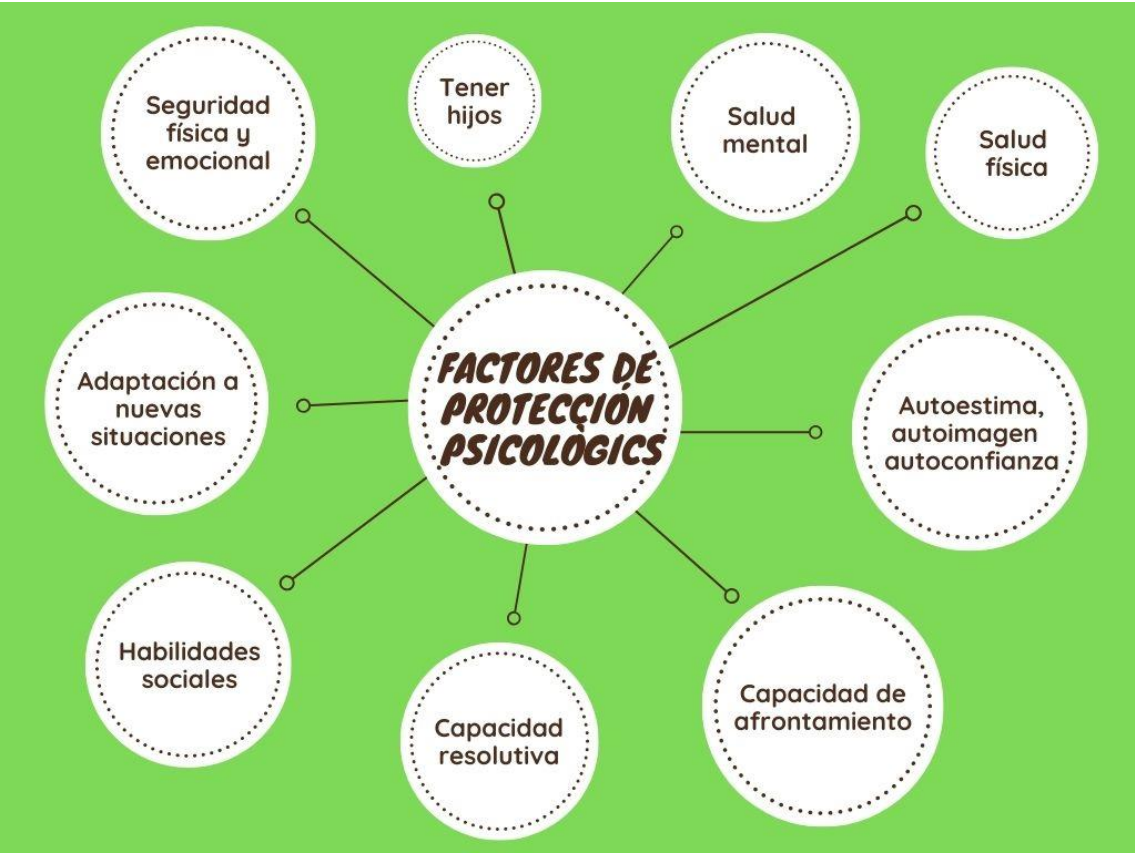
Anexo 7. Infografía en Inglés sobre las Señales de Alerta en Medio Penitenciario.



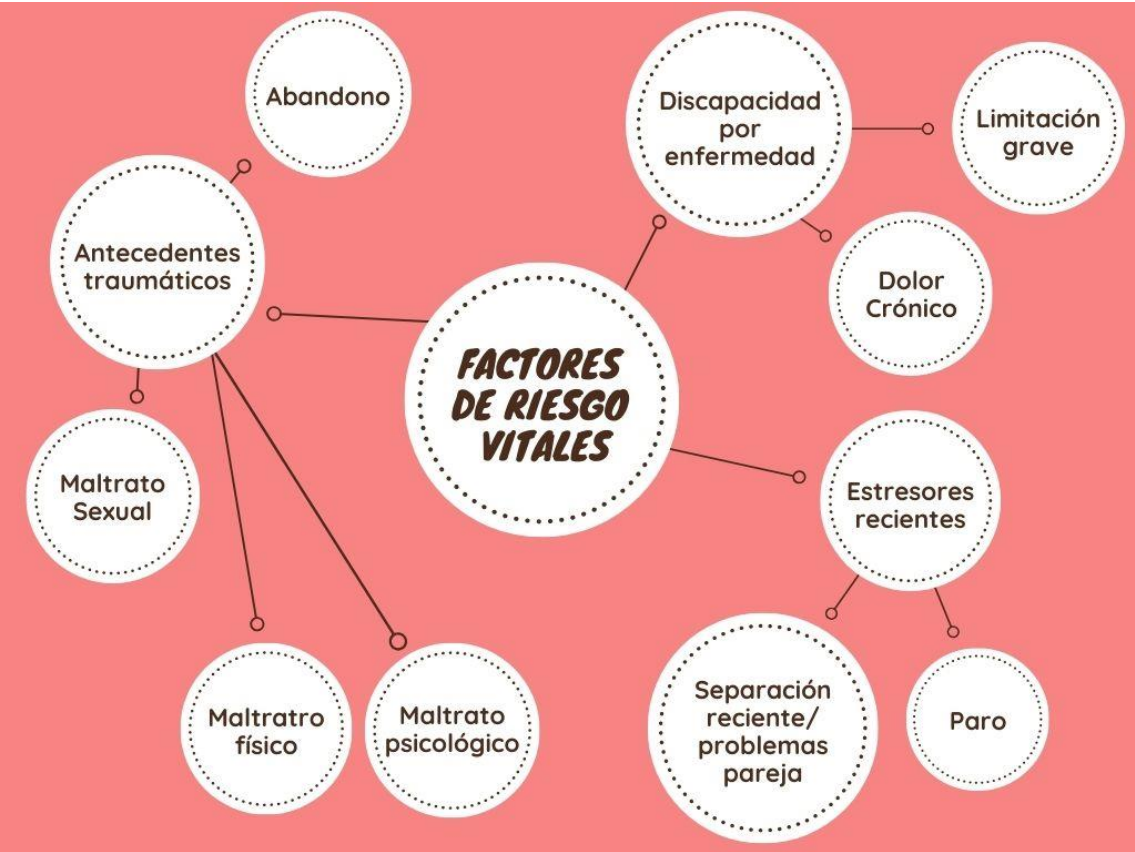
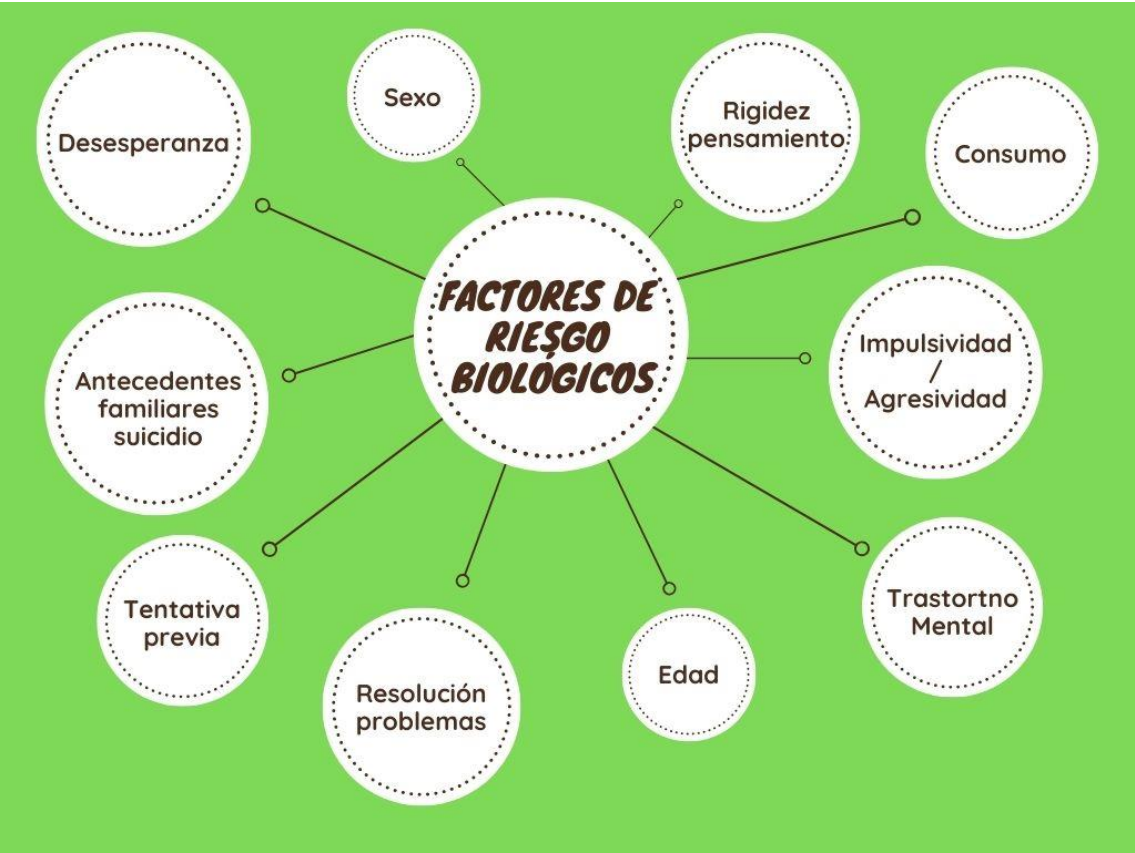
Anexo 8. Infografía en Árabe sobre las Señales de Alerta en Medio Penitenciario.

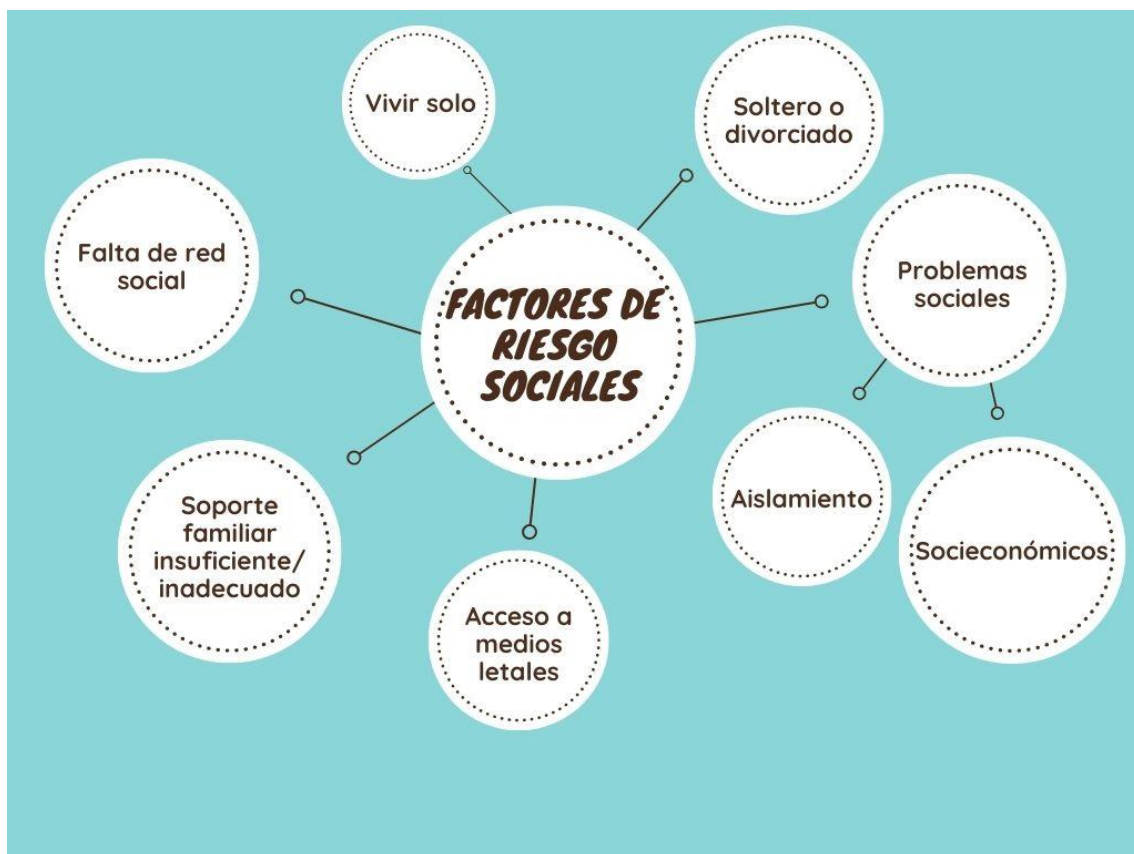


Anexo 9. Infografía para Profesionales sobre los Factores de Protección del Programa Marco.



Anexo 10. Infografía para Profesionales sobre los Factores de Riesgo del Programa Marco.





Anexo 11. Bibliografía consultada, pero no citada.

En este apartado hemos querido recoger la bibliografía que no ha sido citada en el trabajo, pero sí que los conocimientos han estado presentes en la elaboración del trabajo y que creemos que es relevante para afianzar y ampliar los conocimientos aquí explicados.

Bermejo, R. (2020, 18 de Febrero). *La entrada en la cárcel* [Vulnerados]. Madrid, RTVE. <https://www.rtve.es/alacarta/audios/vulnerados/vulnerados-capitulo-4-entrada-carcel/5514514/>

Bermejo, R. (2020, 20 de Febrero). *Los módulos terapéuticos* [Vulnerados]. Madrid, RTVE. <https://www.rtve.es/alacarta/audios/vulnerados/vulnerados-capitulo-4-entrada-carcel/5514514/>

Bermejo, R. (2020, 25 de Febrero). *Módulos contra las “puertas giratorias”* [Vulnerados]. Madrid, RTVE. <https://www.rtve.es/alacarta/audios/vulnerados/vulnerados-capitulo-4-entrada-carcel/5514514/>

Estupinyà, P. (2019, 18 de Noviembre). *Prevenir el Suicidio*. [El Cazador de Cerebros]. Madrid, RTVE. <https://www.rtve.es/alacarta/videos/el-cazador-de-cerebros/cazador-cerebros-prevenir-suicidio/5447613/>

González, Ó. (2012, 14 de Abril). *Suicidios, la ley del Silencio* [Informe Semanal]. Madrid, RTVE. <https://www.rtve.es/alacarta/videos/informe-semanal/informe-semanal-suicidios-ley-del-silencio/1376327/>

Heredia, L. (2019, 18 de Diciembre). *RisCanvi: Preveure el risc de tornar a delinquir* [Els Matins]. Barcelona, TV3. <https://www.ccma.cat/tv3/alacarta/els-matins/riscanvi-peveure-el-risc-de-tornar-a-delinquir/video/5986786/>

SaludMadrid (s.f.) Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf>

